

**UNIVERSIDADE TIRADENTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E AMBIENTE**

MARIA HOZANA SANTOS SILVA

**SAÚDE SEXUAL E VIVÊNCIAS DO CLIMATÉRIO DE MULHERES
CADASTRADAS EM UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE ARACAJU-
SERGIPE-BRASIL**

ARACAJU
Abril - 2018

UNIVERSIDADE TIRADENTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E AMBIENTE

SAÚDE SEXUAL E VIVÊNCIAS DO CLIMATÉRIO DE MULHERES
CADASTRADAS EM UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE ARACAJU-
SERGIPE-BRASIL

Dissertação de Mestrado submetida à banca examinadora para a obtenção do título de Mestre em Saúde e Ambiente, linha de pesquisa em Enfermidades e Agravos de Impacto Regional.

MARIA HOZANA SANTOS SILVA

Orientadoras

Cláudia Moura de Melo, D.Sc.

Marlizete Maldonado Vargas, D.Sc.

ARACAJU

Abril -2018

**SAÚDE SEXUAL E VIVÊNCIAS DO CLIMATÉRIO DE MULHERES
CADASTRADAS EM UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE ARACAJU-
SERGIPE-BRASIL**

Maria Hozana Santos Silva

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO SUBMETIDA À BANCA EXAMINADORA DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO DA UNIVERSIDADE TIRADENTES PARA A OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRE EM SAÚDE E AMBIENTE, LINHA DE PESQUISA EM ENFERMIDADES E AGRAVOS DE IMPACTO REGIONAL.

Aprovado em 13/04/2018 por:

Cláudia Moura de Melo, D.Sc.
Orientadora

Marlizete Maldonado Vargas, D.Sc.
Orientadora

Ana Beatriz Garcia Costa Rodrigues, D.Sc.
Universidade Tiradentes

Sônia Oliveira Lima, D.Sc.
Universidade Tiradentes

Cristiane Costa da Cunha Oliveira, D.Sc.
Universidade Tiradentes
(Suplente)

ARACAJU

Abril – 2018

S586s Silva, Maria Hozana Santos
Saúde sexual e vivências do climatério em mulheres cadastradas em unidades de saúde da família de Aracaju-Sergipe-Brasil / Maria Hozana Santos Silva; orientação [de] Prof.^a Dr.^a Cláudia Moura de Melo, Prof.^a Dr.^a Marlizete Maldonado Vargas – Aracaju: UNIT, 2018.

95 f. il.: 30cm

Dissertação (Mestrado em Saúde e Ambiente) - Universidade Tiradentes, 2018
Inclui bibliografia.

1. Menopausa. 2. Imagem corporal. 3. Climatério. 4. Sexualidade. 5. Mulher. I. Silva, Maria Hozana Santos. II. Melo, Cândia Moura de. (orient.). III. Vargas, Marlizete Maldonado. (orient.). IV. Universidade Tiradentes. V. Título.

CDU: 612.67

SIB- Sistema Integrado de Bibliotecas

EPÍGRAFE

“Ainda que a minha mente e o meu corpo enfraqueçam, Deus é a minha fortaleza, ele é tudo que eu sempre preciso”.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, inicialmente, a Deus por me permitir concretizar mais uma realização profissional com afinho e a determinação, sempre presentes em todos os momentos vivenciados na minha vida.

À minha família, em especial aos meus pais pelo apoio e paciência durante este período da minha vida. Vocês foram fundamentais para tornar meu sonho uma realidade. Obrigada por existirem na minha vida. Agradeço imensamente ao meu amado filho Arthur, meu maior incentivador para vencer os obstáculos da vida e força para lutar pelo amanhã. Também agradeço ao meu esposo Darlins por toda paciência e dedicação nos momentos mais difíceis dessa jornada.

À minha querida orientadora Cláudia Moura Melo, serei eternamente grata por me acolher como sua orientanda, transmitir seus conhecimentos e ensinar-me a ser uma pesquisadora. Tenho certeza de que fiz a melhor escolha para traçar este árduo caminho.

À minha orientadora Marлизete Maldonado Vargas, pela qual tenho tanta estima consideração e apreço, obrigada por me amparar no LPPS com tanto carinho e por não medir esforços em transmitir seus ensinamentos.

Destino os meus sinceros agradecimentos aos alunos de Iniciação Científica e de Extensão que fizeram parte desta pesquisa.

A todos do Laboratório de Doenças Infecciosas e Parasitárias (LDIP), por sempre darem apoio, ajuda e trocas de experiências desde quando inicie pesquisas como aluna de Iniciação Científica.

À Universidade Tiradentes, por permitirem a nossa entrada como pesquisadores, contribuindo, dessa forma, para um melhor entendimento do evento estudado nesse grupo social.

A todos os colegas e aos amigos que fiz durante o Mestrado.

Enfim, agradeço a todos que, de alguma forma, ajudaram-me a concluir este trabalho científico.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVOS	15
2.1 Objetivo Geral	15
2.2 Objetivos Específicos.....	15
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	16
3.1 Mudanças Corporais e Envelhecimento	16
3.2 Climatério e Menopausa	17
3.3 Auto Percepção e Imagem Corporal	20
3.4 Saúde Sexual no Climatério e Menopausa	22
4 MATERIAL E MÉTODOS	25
4.1 Tipo de Estudo.....	25
4.2 Área e Local do Estudo.....	25
4.3 População e Amostra do Estudo.....	25
4.4 Critérios de Inclusão e Exclusão	26
4.5 Instrumentos de Coleta de Dados.....	26
4.5.1 Roteiro de Entrevista: Estudo 1 e Estudo 2.....	26
4.5.2 Female Sexual Function Index (FSFI): Estudo 1	27
4.5.3 Menopause Scale Rating (MRS): Estudo 1	27
4.5.4 Avaliação de Auto Percepção Corporal: Estudo 2.....	28
4.6 Procedimentos de Coleta de Dados.....	29
4.7 Análise de Dados.....	30
4.8 Princípios Éticos da Pesquisa	31
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	32
5.1 Estudo 1: Compreensão de Mulheres Climatéricas sobre Menopausa: Sinais e Sintomas.....	32
5.2 Estudo 2: Sexualidade e Imagem Corporal em Mulheres Climatéricas.	50
6 CONCLUSÕES	62
7 REFERÊNCIAS	63
APÊNDICES E ANEXOS	72
Apêndice A- Roteiro de Entrevista	73
Apêndice B- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	79
Anexo 1- Female Sexual Function Index (FSFI).....	81
Anexo 2- Menopause Rating Scale (MRS).....	86
Anexo 3- Escala de Imagem Corporal de Stunkard	87
Anexo 4- Body Shape Questionnaire.....	89
Anexo 5- Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa.....	91
Anexo 6- Comprovante de Submissão Artigo: Revista Pan.de Saúde Pública.....	95

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Perfil sociodemográfico das mulheres das Unidade de Saúde da Família Referência em Saúde da Mulher de Aracaju/Sergipe, 2017.....	33
Tabela 2 - Ocorrência e grau de intensidade de sintomas relacionados a menopausa, segundo sua intensidade, em mulheres das USF Referência em Saúde da Mulher de Aracaju/Sergipe, 2017, de acordo com a Escala de Avaliação da Menopausa (Menopause Rating Scale – MRS)	35
Tabela 3 - Médias dos domínios da dimensão de sintomas Psicológicos do MRS e o uso de medicação antidepressiva/tranquilizante entre mulheres no climatério.....	38
Tabela 4- Comparação dos escores dos domínios da Escala de Avaliação de Função Sexual Feminina (FSFI) entre os Grupos de Sintomas da Escala de Avaliação da Menopausa (MRS) de mulheres na menopausa das USF Referência em Saúde da Mulher de Aracaju/Sergipe, 2017.....	40
Tabela 5 – Motivos relacionados à ausência da pratica de relações sexuais das participantes da pesquisa nas USFs Referência em Saúde da Mulher de Aracaju/Sergipe, 2017.....	41
Tabela 6. Ideias e concepções sobre a Menopausa verbalizadas pelas participantes da pesquisa nas USF Referência em Saúde da Mulher de Aracaju/Sergipe, 2017...	42
Tabela 7 - Perfil sociodemográfico das mulheres participantes da pesquisa, usuárias das USFs Referência em Saúde da Mulher de Aracaju/Sergipe, 2017.....	50
Tabela 8- Alterações da vagina das mulheres participantes da pesquisa, usuárias das USFs Referência em Saúde da Mulher de Aracaju/Sergipe, 2017.....	51
Tabela 9- Aspectos da Sexualidade das mulheres participantes da pesquisa, usuárias das USFs Referência em Saúde da Mulher de Aracaju/Sergipe, 2017.....	52
Tabela 10- Associações entre Alterações Vaginais e Aspectos da Sexualidade, entre mulheres na menopausa e não menopausa, usuárias das USFs Referência em Saúde da Mulher de Aracaju/Sergipe, 2017.....	53
Tabela 11- Hábitos de Vida das mulheres participantes da pesquisa, usuárias das USFs Referência em Saúde da Mulher de Aracaju/Sergipe, 2017.....	54
Tabela 12- Associação entre hábitos de vida das mulheres na menopausa e não menopausa, usuárias de USFs Referência em Saúde da Mulher de Aracaju/Sergipe, 2017.....	54
Tabela 13- Autoimagem corporal das mulheres participantes da pesquisa, usuárias das USFs Referência em Saúde da Mulher de Aracaju/Sergipe, 2017.....	55
Tabela 14- Avaliação da autoimagem corporal, Classificação do IMC e BSQ de mulheres na menopausa e não menopausa, usuárias de USFs Referência em Saúde da Mulher de Aracaju/Sergipe, 2017.....	56

Tabela 15- Associação entre os valores dos escores médios do Body Shape Questionnaire (BSQ) com aspectos relacionados à sexualidade das mulheres na menopausa e não menopausa, usuárias das USFs Referência em Saúde da Mulher de Aracaju/Sergipe, 2017.....56

Tabela 16- Associação entre a classificação do Body Shape Questionnaire (BSQ) com aspectos relacionados à sexualidade das mulheres na menopausa e não menopausa, usuárias das USFs Referência em Saúde da Mulher de Aracaju/Sergipe, 2017.....57

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Amostra das silhuetas da Escala de Stunkard.....	28
Figura 2 - Médias dos escores de severidade dos sintomas das dimensões analisadas e o escore total médio entre as mulheres com menopausa e as que ainda não estão na menopausa, das USF Referência em Saúde da Mulher de Aracaju/Sergipe, 2017, de acordo com a Escala de Avaliação da Menopausa (MRS - Menopause Rating Scale)	36
Figura 3 - Diferenças entre escores médios por domínio de sintoma entre os grupos de mulheres na menopausa das que ainda não estão na menopausa, usuárias das USF Referência em Saúde da Mulher de Aracaju/Sergipe, 2017, de acordo com a Escala de Avaliação da Menopausa (MRS - Menopause Rating Scale)	37
Figura 4 – Comparação dos escores totais da Escala de Avaliação de Função Sexual Feminina (FSFI) entre os Grupos de Sintomas da Escala de Avaliação da Menopausa (MRS) de mulheres na menopausa das USF Referência em Saúde da Mulher de Aracaju/Sergipe, 2017.....	39
Figura 5 – Correlação entre os escores totais da Escala de Avaliação de Função Sexual Feminina (FSFI) e da Escala de Avaliação da Menopausa (MRS) de mulheres das USF Referência em Saúde da Mulher de Aracaju/Sergipe, 2017.....	40
Figura 6 – Quantidade das alterações vaginais das mulheres participantes da pesquisa, usuárias das USF Referência em Saúde da Mulher de Aracaju/Sergipe, 2017.....	51

RESUMO

SAÚDE SEXUAL E VIVÊNCIAS DO CLIMATÉRIO DE MULHERES CADASTRADAS EM UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE ARACAJU-SERGIPE-BRASIL

Durante o período do climatério, as mulheres podem sofrer alterações diversas e vivenciarem sinais e sintomas específicos devido à diminuição dos níveis plasmáticos de estrogênio e androgênio. Além desses, outros fatores biológicos, psicológicos, socioculturais, políticos, econômicos e interpessoais, podem intervir nos relacionamentos interpessoais, na atividade sexual e qualidade de vida das mulheres climatéricas. Por isso, ao tratar da saúde dessa população, que tem crescido bastante devido ao envelhecimento populacional, é necessário compreender a complexidade do processo de transformação dessa fase do desenvolvimento humano. Assim, essa pesquisa teve por objetivo Avaliar a Saúde Sexual e Vivências do climatério de mulheres cadastradas em Unidades de Saúde da Família no município de Aracaju-Sergipe-Brasil. Trata-se de pesquisa mista com dados colhidos de uma amostra de 417 mulheres de 40-60 anos, cadastradas e atendidas em Unidades de Referência em Saúde da Mulher do município de Aracaju. Foram utilizados um roteiro de entrevista, para obter dados sobre características socioeconômicas, ginecológicas e obstétricas, hábitos de vida, histórico de morbidades, uso de medicações, aspectos da sexualidade (vida sexual, percepções e atitudes, mudanças de comportamento) e compreensão sobre a menopausa; o Menopause Rating Scale (MRS), para avaliar os sinais e sintomas da menopausa, a Escala de Silhuetas de Stunkard, Body Shape Questionnaire (BSQ) e coleta de dados antropométricos para avaliar a autopercepção corporal. Para avaliar a função sexual, foi utilizado o Female Sexual Function Index (FSFI). A média de idade das entrevistadas foi de 50,4±5,7 anos, sendo que destas, 236 se encontravam na menopausa. Para as participantes da pesquisa, a menopausa significava sentir calor, frio, suor. De acordo com o MRS, 55,9% apresentaram sintomatologia severa, e entre os sintomas verificou-se que 31,9% estavam relacionados aos somatovegetativos (falta de ar, suores e calores) e 30%, aos psicológicos (ansiedade, depressão, irritabilidade). A maioria das participantes (80,2%) relacionou a menopausa somente aos sinais percebidos (calor, suor, frio e fogachos). Quanto à atividade sexual, 55,4% relataram que mantiveram relações sexuais nas últimas quatro semanas, com frequência de 2,0±1,5 relações sexuais/semana. Dessas participantes, 44,6% referiram sintomas relacionados a alguma disfunção sexual. Conforme a mulher envelhece ocorre uma redução na função sexual ($r=0,2085$; $p<0,001$), mas não seu desaparecimento. Dentre as 41,2% que não mantinham relações sexuais, os principais motivos foram “*não ter parceiro*” (26,2%) e “*falta de interesse/desejo*” (22,1%). Quanto à autopercepção da imagem corporal, verificou-se que 78,9% estavam insatisfeitas, destas 93,6% tinham o desejo de serem mais magras e 74% estavam com sobrepeso ou obesidade (segundo classificação do IMC). Conclui-se que os sinais e sintomas vivenciados pelas mulheres no período do climatério foram classificados como severos (MRS). Ao considerar o grupo de mulheres sexualmente ativas, quase metade delas sofriam de disfunção sexual, demonstram insatisfação com suas autoimagens corporais almejando querer serem mais magras, entretanto, as mulheres que apresentam uma insatisfação grave de acordo com a classificação do BSQ apresentaram menor índice de prazer nas relações sexuais em 35,3% dos casos.

Palavras-chave: Menopausa, Imagem corporal, climatério, sexualidade, mulher.

ABSTRACT

SEXUAL HEALTH AND LIVING IN THE CLIMATE REGION OF WOMEN REGISTERED IN HEALTH UNITS OF FAMILY THE ARACAJU-SERGIPE-BRAZIL

During the climacteric period, women may experience various changes and experience specific signs and symptoms due to a decrease in plasma levels of estrogen and androgen. Besides these, other biological, psychological, sociocultural, political, economic and interpersonal factors can intervene in interpersonal relationships, sexual activity and quality of life of climacteric women. Therefore, in dealing with the health of this population, which has grown considerably due to population aging, it is necessary to understand the complexity of the process of transformation of this phase of human development. Thus, this research aimed to Evaluate Sexual Health and Climacteric Experiences of women registered in Family Health Units in the city of Aracaju-Sergipe-Brazil. It is a mixed research with data collected from a sample of 417 women aged 40-60 years, registered and attended at Reference Units in Women's Health in the city of Aracaju. An interview script was used to obtain data on socioeconomic, gynecological and obstetric characteristics, life habits, history of morbidities, use of medications, aspects of sexuality (sexual life, perceptions and attitudes, behavior changes) and understanding about menopause; the Menopause Rating Scale (MRS), to assess the signs and symptoms of menopause, the Stunkard Silhouettes Scale, Body Shape Questionnaire (BSQ), and anthropometric data collection to assess body self-perception. Female Sexual Function Index (FSFI) was used to assess sexual function. The mean age of the interviewees was 50.4 ± 5.7 years, of which 236 were in the menopause. For the research participants, menopause meant feeling hot, cold, and sweaty. According to the MRS, 55.9% presented severe symptoms, and among the symptoms, 31.9% were related to somatovegative (lack of air, sweat and hot flashes) and 30% to psychological ones (anxiety, depression, irritability). Most participants (80.2%) related menopause only to the perceived signs (heat, sweat, cold and hot flashes). Regarding sexual activity, 55.4% reported having had sexual intercourse in the last four weeks, with frequency of 2.0 ± 1.5 sexual relations / week. Of these participants, 44.6% reported symptoms related to some sexual dysfunction. As the woman ages, there is a reduction in sexual function ($r = -0.2085$, $p < 0.001$), but not its disappearance. Among the 41.2% who did not have sex, the main reasons were "having no partner" (26.2%) and "lack of interest" (22.1%). Regarding self-perception of body image, 78.9% were dissatisfied, 93.6% had a desire to be thinner, and 74% were overweight or obese (according to BMI classification). It was concluded that the signs and symptoms experienced by women in the climacteric period were classified as severe (MRS). When considering the group of sexually active women, almost half of them suffered from sexual dysfunction, they demonstrate dissatisfaction with their body self-image aiming to be thinner, however, women who present a severe dissatisfaction according to the BSQ classification presented lower pleasure index in 35.3% of the cases.

Key words: Menopause, Body Image, Climacteric, Sexuality, Women

1 INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, uma das principais conquistas da sociedade é o aumento da expectativa de vida, o que tem tornado o envelhecimento populacional um fenômeno mundial. Menos de 10% das pessoas de 65 anos ou mais estão livres de algum tipo de agravo crônico à saúde, e mais de 10% referem pelo menos cinco doenças crônicas concomitantes. Por outro lado, países que tinham até então uma população, como o Brasil, com o declínio da fecundidade, o ritmo do crescimento anual diminuiu. Isso fez com que se iniciasse um processo contínuo de estreitamento da base da pirâmide etária e houvesse, assim, um aumento principalmente na população de mulheres (KÜCHEMANN, 2012).

A nova realidade demográfica e epidemiológica brasileira aponta para a urgência de mudanças nos paradigmas de atenção à saúde da população idosa, com estruturas criativas e inovadoras, acompanhadas de ações diferenciadas para que o idoso usufrua integralmente os anos proporcionados pelo avanço da ciência (OLIVEIRA et al., 2016). O envelhecimento da população, principalmente a feminina, que vem crescendo rapidamente no cenário mundial, resulta em necessidade premente de fomentar discussões e análises em relação ao tema, também, pelo aumento das demandas para os sistemas de saúde, pois os idosos possuem particularidades conhecidas: mais doenças crônicas, mais custos, mais fragilidades, menos recursos sociais e financeiros; têm necessidades específicas, advindas das características clínico-funcionais e sócio familiares peculiares a esse grupo etário. Os estudos sobre os problemas de saúde dos idosos, maiores vítimas dos efeitos de sua própria fragilidade que desafiam os modelos tradicionais de cuidado, devem ser constantemente atualizados (VERAS et al., 2013a; CONNER, 2013).

Em relação às mulheres que entram no climatério e menopausa, a atenção à saúde sexual e reprodutiva é entendida como área prioritária da Atenção Básica à Saúde, pois quadros disfuncionais levam a alterações importantes no âmbito de saúde da mulher. Assim, é necessário que sejam respeitados todos os princípios dos direitos sexuais e reprodutivos nos programas de atenção em todos os níveis de complexidade (BRASIL, 2013a).

Alguns autores como Pinto Neto *et al.* (2012) discutem que a sexualidade feminina, precisa ser repensada pelos serviços e profissionais da saúde, mas principalmente, pelas próprias mulheres, em especial a de faixa etária de 40-60

anos, para possam melhor se integrar ao contexto amplo da saúde sexual, com informações seguras e acesso a serviços de qualidade que lhes garantam pleno exercício dos direitos sexuais.

Compreender o perfil das mulheres na perimenopausa e menopausa suas concepções, características e sintomas atribuídos ao processo de envelhecimento e como vivem sua sexualidade é fundamental para a construção de um novo foco de atenção à saúde da mulher no que diz respeito à sexualidade. Isso, segundo Neves et al., (2015) demanda mais estudos sobre o tema.

Dado o exposto, considera-se que esse trabalho, traz importantes subsídios aos profissionais da saúde pública para formulação de programas e políticas para a Saúde da Mulher em processos de “envelhescência”. Com a multiplicidade de fatores que concorrem para as transformações biopsicossociais e culturais desse fenômeno natural do desenvolvimento humano, mas que pode afetar a qualidade de vida de parcela tão significativa da população, esse estudo interdisciplinar pretende somar, com um importante aporte científico ao estado da arte, nessa área de conhecimento.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral:

Avaliar a Saúde Sexual e Vivências do climatério de mulheres cadastradas em Unidades de Saúde da Família no município de Aracaju-Sergipe-Brasil.

2.2 Objetivos Específicos:

Analisar as concepções sobre menopausa e climatério de mulheres no período do climatério cadastradas em Unidades de Saúde da Família no município de Aracaju;

Avaliar as manifestações clínicas vivenciadas pelas participantes do estudo;

Investigar as características e percepções da atividade sexual de mulheres no climatério;

Avaliar a relação entre autopercepção corporal e o grau de satisfação com o próprio corpo em mulheres no climatério.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

São abordados na fundamentação teórica os seguintes temas: mudanças corporais e envelhecimento, climatério e menopausa, imagem corporal e qualidade de vida e saúde sexual no climatério e menopausa.

3.1 Mudanças Corporais e envelhecimento

O envelhecimento pode variar de indivíduo para indivíduo, sendo gradativo para uns e mais rápido para outros. Essas variações são dependentes de fatores como estilo de vida, condições socioeconômicas e doenças crônicas. O conceito “biológico” relaciona-se com aspectos nos planos molecular, celular, tecidual e orgânico do indivíduo, enquanto o conceito psíquico versa sobre a relação das dimensões cognitivas e psicoafetivas, interferindo na personalidade e afeto. Desta maneira, o envelhecimento está diretamente relacionado ao cotidiano e às perspectivas culturais diversificadas (FECHINE; TROMPIERE, 2012; MORAES, 2012).

O envelhecimento é um processo natural que acomete os indivíduos no decorrer de suas vidas e provoca uma série de alterações em seu organismo e está associado também a mudanças físicas visíveis. Essas mudanças ficam mais evidentes na face e nas mãos do corpo envelhecido. Outras mudanças ocorrem com o envelhecimento: tanto os homens quanto as mulheres perdem altura, porém as mulheres perdem mais e de forma mais rápida. Perdas ósseas ocorrem, podendo progredir para a osteoporose, sendo as mulheres as mais prejudicadas em função das mudanças hormonais (CALDAS, 2013; ARAÚJO *et al.*, 2014).

Além das mudanças físicas, mudanças relacionadas à saúde na composição corporal também têm implicações importantes. A redistribuição e o aumento da gordura corporal e a perda da massa muscular resultam numa diminuição na função aeróbia e no aumento da gordura corporal, principalmente a abdominal, que está associada com um aumento no risco de doença cardiovascular, diabetes e mortalidade precoce (COBO, 2012; THORNTON, 2013; PINTO; NERI, 2013).

Geralmente, o envelhecimento feminino se evidencia no período pós-menopausa. O hipoestrogenismo no climatério e menopausa interfere na manutenção do colágeno na pele, torna o epitélio do trato genital mais delgado e frágil. Na vulva, ocorre decréscimo na secreção das glândulas sudoríparas e

sebáceas e atrofia das glândulas de Bartholin, o que propicia a secura e o estreitamento da vagina, com redução de sua rugosidade e elasticidade (MARCELINO *et al.*, 2010; THORNTON, 2013).

A ampliação de ações de promoção e educação em saúde, prevenção e retardamento de doenças e fragilidades, manutenção da autonomia da população envelhecida é necessária a fim de reduzir as consequências do envelhecimento não assistido. Pois, é essencial que os anos adicionais da população mais longeva sejam desfrutados com qualidade, dignidade e bem-estar (VERAS, 2015a; VERAS, 2015b). Assim, o modelo de assistência à saúde dos idosos, deve ser reformatado de forma a abarcar as diferenças e desigualdades nas condições de saúde desse contingente populacional, sem perder de vista suas especificidades e peculiaridades (VERAS *et al.*, 2014).

O objetivo da assistência à saúde em uma sociedade que envelhece é aumentar a qualidade de vida dos idosos por meio do aumento do tempo vivido com saúde e do envelhecimento saudável. Com isso, o impacto do envelhecimento nos sistemas de saúde é um assunto que ocupa grande espaço nas discussões e preocupações de gestores em todos os países, especialmente no que contempla questões como a promoção da saúde e prevenção dos riscos e doenças (VERAS *et al.*, 2014; OLIVEIRA *et al.*, 2016).

Essa discussão é primordial também no setor de saúde suplementar brasileira, uma vez que afeta diretamente a sustentabilidade econômico-financeira e assistencial do setor (CONNER, 2013). Para que o envelhecimento deixe de ser um “problema” e se torne uma “oportunidade”, como propõem alguns estudiosos do tema, é preciso reformatar com urgência o modelo assistencial vigente, com um cuidado diferenciado, sobretudo para o idoso (VERAS, 2011, VERAS *et al.*, 2013b). O cuidado com a saúde dos idosos inclui o tratamento psicológico e físico dos problemas rotineiros dos idosos com o objetivo de prevenir as doenças e incapacidades, além de promover o bem-estar dos indivíduos sempre que possível (MORAES, 2012).

3.2 Climatério e Menopausa

No período dos anos intermediários da vida adulta entre 40 e 50 anos, os indivíduos começam a notar mudanças no funcionamento físico e cognitivo, acreditando que a partir daquele momento o corpo físico começará a decair. A

memória passa a ser menos eficiente em certas situações, a visão e a audição pioram. Para as mulheres, esse processo se inicia com a chegada da menopausa ou do climatério que são considerados períodos de agonia, calores, aumento do nervosismo e perda da capacidade reprodutiva (MINAYO; COIMBRA JUNIOR, 2002; SANTOS; BIANCHI, 2014).

O climatério, segundo Silva *et al.* (2003), é o período compreendido entre a fase reprodutiva e não-reprodutiva da mulher, sendo caracterizado por alterações metabólicas e hormonais. A diminuição dos hormônios sexuais nesta fase poderá provocar uma série de sinais e sintomas, considerados desagradáveis, chamados de síndrome do climatério. A intensidade dessas mudanças está relacionada ao ambiente sociocultural, às condições de vida feminina e ao grau de diminuição do estrógeno; dentre eles os mais frequentes são alterações do ciclo menstrual; aumento de peso; calores (fogachos); falta de sono; alterações psicoemocionais; atrofia geniturinária; diminuição da elasticidade da pele; sudorese fria na região superior do tórax e cabeça, em forma de ondas de calor que duram ou não, muito tempo; e há longo prazo, alterações cardiovasculares e osteoporose (MALHEIROS *et al.*, 2014; PORTMAN *et al.*, 2014; ALVES *et al.*, 2015).

Araújo *et al.* (2013) referem que muito embora várias mulheres vivenciem sinais e sintomas durante o climatério, notadamente elas desconhecem ou não associam boa parte das mudanças hormonais, fisiológicas e emocionais relacionadas à diminuição na produção dos hormônios sexuais e o fim da menstruação. Para os autores, essa falta de conhecimento pode ter associação com história reprodutiva; carga de trabalho; dificuldade de acesso aos serviços de saúde; conflitos socioeconômicos culturais e espirituais, relacionados ao período da vida e individualidade dessas mulheres.

Visto como fenômeno biopsicossocial, o climatério apresenta experiência em que os fenômenos de involução, na maior parte das vezes, são vistos como fisiológicos, assim como normais. Em consequência, nota-se descrição desse evento com enfoque negativo, sendo dado valor aos aspectos biológicos, como se o corpo perdesse valor devido às mudanças inerentes ao envelhecimento e representasse uma fase de vida feminina caracterizada por perdas; perda das possibilidades; perda do vigor; perda da libido; perda de massa óssea, entre outros (CABRAL *et al.*, 2012).

O limite etário para o climatério está entre 40 e 65 anos de idade, e se divide em pré-menopausa, aos 40 anos fase em que, geralmente, há diminuição da fertilidade naquelas mulheres que têm ciclos regulares de menstruação ou que tenham padrão de menstruação semelhante ao que apresentou durante a vida reprodutiva. A perimenopausa, que se inicia dois anos antes da última menstruação, indo até um ano após, caracteriza-se por ciclos menstruais irregulares e mudanças hormonais. A pós-menopausa costuma ocorrer um ano após o último ciclo menstrual (CAVADAS *et al.*, 2010).

A menopausa refere-se à última menstruação, quando não há mais níveis de estradiol suficientes para proliferar o endométrio. O termo menopausa vem sendo usado também com o significado de período que sucede à última menstruação. Frequentemente, o último fluxo menstrual ocorre entre os 45 e 55 anos de idade, sendo considerada esta interrupção normal, porém, a partir de 40 anos. Os sintomas da menopausa acometem de 60 a 80% das mulheres, causando desconforto (SILVA; TANAKA, 2013).

A pós-menopausa caracteriza-se pela ausência de progesterona, concentrações baixas de estrogênios e androgênios. Nesse período, consequências físicas podem ocorrer, como instabilidade vasomotora, atrofia dos caracteres sexuais secundários, diminuição da massa óssea e aumento do risco de doenças cardiovasculares. Além desses sintomas, podem ocorrer também mudanças no comportamento, alterações de humor e alterações sexuais. A maneira como a menopausa é vista e vivida pode ser influenciada por fatores sociais, culturais, econômicos e de conhecimento pessoal (THORNTON, 2013; LUIZ FILHO *et al.*, 2015).

As mudanças ocorridas no organismo das mulheres no climatério e menopausa também perpassam as influências psicossociais, culturais e situacionais que irão influenciar na sexualidade. Por isso é fundamental ter um olhar holístico da mulher climatérica, contemplando-a como um ser único, dotado de dimensões biológicas, psicológicas, sociais e espirituais. As alterações ocorridas durante essas fases da vida merecem atenção integral e especializada, que auxiliem a mulher a minimizar as manifestações clínicas e os danos causados durante a pré-menopausa e menopausa (VALENÇA *et al.*, 2010; SILVA *et al.*, 2013).

A questão da aceitação das mudanças corporais está atrelada a vários fatores, destacando-se os socioculturais e religiosos. O significado atribuído a “ser

velho” e o desgaste da aparência, dificulta a construção de uma identificação positiva com a velhice, principalmente numa sociedade que tem no corpo feminino o ideal de acolhimento e abnegação, realizado pela maternidade e maternagem, que já não têm mais sua função. Por outro lado, o corpo sem função procriadora, se aproxima mais do Divino, ao considerar mais a sensibilidade e espiritualidade do que o prazer carnal. Assim, também os cuidados com o próprio corpo tendem a ser negligenciados apesar de insatisfação com ele (FERNANDES; GARCIA, 2010).

Como consequências biológicas desse período, pode-se citar a ausência de progesterona e a diminuição dos níveis de estrógeno e andrógeno. As mudanças hormonais são as causas dos sintomas físicos e alguns psicológicos, como diminuição da libido, aumento da gordura abdominal, presença de calorões, distúrbios do sono, alterações de humor, seios tornam-se mais flácidos, o útero encolhe, a vagina torna-se mais curta e em menor diâmetro. As paredes da vagina também ficam um pouco menos espessas e elásticas, produzindo menos lubrificação durante o ato sexual. Em relação às consequências sociais, pode-se identificar o isolamento e as dificuldades profissionais, como a produtividade reduzida, que pode estar relacionada ao sono ou aos “calorões ou fogachos” (LAMPIO *et al.*, 2017).

As consequências psicológicas referem-se a mudanças de comportamento, alterações de humor, e sintomas sugestivos de depressão. Todas essas mudanças coincidem com o mesmo período de vida em que os filhos estão saindo de casa, da aposentadoria, do marido poder apresentar alterações da funcionalidade sexual devido à idade, da perda de entes e familiares. A mulher pode estar em sofrimento por tudo isso e dessa forma ter a qualidade de vida prejudicada (AMBLER *et al.*, 2012; ATLANTIS; SULLIVAN, 2012; BRAUER; SMITH, 2015; BENER *et al.*, 2016).

Nas últimas décadas, o Brasil tem passado por um processo acelerado de transição demográfica, resultando num aumento do contingente populacional com mais de 60 anos de idade. Tal situação resultou num interesse crescente acerca das questões relacionadas ao climatério e à menopausa e às suas possíveis implicações para a saúde e a qualidade de vida das mulheres (HESS *et al.*, 2012; FREITAS *et al.*, 2015).

3.3 Auto Percepção e Imagem Corporal

As mudanças físicas que ocorrem com o envelhecimento, de uma maneira gradual, trazem para o indivíduo uma modificação de sua própria imagem e, muitas vezes, podem ocasionar uma diferença entre a imagem desejada e a imagem real. A forma como as pessoas percebem sua imagem corporal tem consequências importantes sobre sua saúde e sua qualidade de vida. Uma imagem corporal positiva reforça um estado saudável, porém uma imagem corporal negativa pode estar relacionada com transtornos psicológicos, baixa autoestima, falta de motivação e pior qualidade de vida. As mulheres, ao longo do ciclo vital, possivelmente influenciadas, pela cultura e pela mídia, sempre manifestam mais interesse, preocupação e insatisfação com a imagem corporal do que os homens (PINTO; NERI, 2013).

As alterações físicas, próprias do envelhecimento, defrontam-se com uma sociedade que claramente discrimina indivíduos tidos como não atraentes, numa série de situações do cotidiano, sociedade está preocupada com medidas corporais, dietas excessivas, comportamentos não saudáveis de controle de peso e até mesmo compulsões alimentares. Os indivíduos, sujeitos às pressões dessa sociedade, podem sofrer sérias distorções em sua imagem corporal, a insatisfação com a própria imagem corporal pode estar relacionada à necessidade de apresentar um peso corporal mais aceitável não só para si, mas também, e principalmente, para os outros, considerando o meio sociocultural em que se está inserido (PEREIRA *et al.*, 2011a; COBO, 2012).

Reynolds (2017) descreve os principais fatores para se ter uma vida ativa na velhice: capacidade física, estado emocional, interação social, atividade intelectual, situação econômica, estado nutricional e autoproteção de saúde. A qualidade de vida boa ou excelente é aquela que oferece condições para que os indivíduos possam desenvolver o máximo de suas potencialidades.

Uma das vertentes que vem sendo estudada no contexto nacional e internacional diz respeito à promoção de qualidade de vida na velhice. Acredita-se que conhecer aspectos referentes à qualidade de vida dos indivíduos em processo de envelhecimento pode subsidiar a proposição de intervenções para essa população. No âmbito da saúde, as intervenções devem ir além do tratamento de doenças crônico-degenerativas, que são de alta prevalência em idosos (SPOSITO *et al.*, 2013).

Muitos fatores socioculturais, incluindo a mídia e outros elementos do ambiente social, podem afetar o padrão das pessoas com relação à sua imagem. A

autopercepção do peso corporal é um aspecto importante da imagem corporal, visto que, se o idoso tem uma visão distorcida de sua imagem, isso poderá afetar a sua qualidade de vida (PEREIRA *et al.*, 2011a)

O conteúdo das percepções de autoimagem e autoestima é tudo aquilo que o indivíduo reconhece como fazendo parte de si. É adaptável, reconhecido de forma individual pelas características de interação social. A autoestima é uma parte do autoconceito, expressa por sentimentos ou atitudes de aprovação ou de repulsa de si mesmo, de até que ponto a pessoa se considera capaz, significativa, bem-sucedida e valiosa (GUIMARAES; BAPTISTA, 2011; MAIA *et al.*, 2011; SKOPINSKI *et al.*, 2015).

A insatisfação com um desses dois aspectos do autoconceito, autoimagem e autoestima, pode afetar negativamente o humor das mulheres, grupo no qual a prevalência dos sintomas e transtornos depressivos ao longo da vida é grande. Tradicionalmente se associa a transição de menopausa e pós-menopausa nas mulheres com um período de vulnerabilidade depressiva. A menopausa ocorre num período da vida que implica uma série de conotações culturais, sociais e pessoais que poderiam influenciar o estado de humor da mulher (FABRE; SMITH, 2012; REYNOLDS *et al.*, 2012).

Durante as últimas décadas, a medicina e a tecnologia vêm proporcionando um aumento da longevidade, fazendo com que homens e mulheres desfrutem maior tempo de vida. Porém, mesmo nos indivíduos mais saudáveis, as marcas do tempo aparecem inevitavelmente (OLIVEIRA *et al.*, 2016).

3.4 Saúde Sexual no Climatério e Menopausa

A maioria das mulheres, segundo estudos realizados nos Estados Unidos da América (EUA), afirma ser importante ter uma vida sexual satisfatória. No entanto, muitas têm problemas nesta área, os quais afetam a sua autoestima, relacionamento com os parceiros e qualidade de vida. Nos EUA, cerca de 43% mulheres entre 35 e 59 anos apresentam disfunção sexual, sendo que apenas 20% destas procuram auxílio junto ao médico de saúde da família. Esta é uma questão dificultadora pouco abordada, o que torna a disfunção sexual feminina uma doença subdiagnosticada. Quando questionadas acerca da abordagem de problemas relacionados com a sua vida sexual na consulta, muitas mulheres referem ter vergonha de falar sobre o tema e receio de que os profissionais de saúde como médicos e enfermeiros se sintam

desconfortáveis e menosprezem o seu problema (LAUMANN *et al.*, 1999; ALIDE *et al.*, 2011).

A disfunção sexual (DS) é uma condição que pode afetar mulheres de diversas idades e raças. A DS é caracterizada por distúrbios e mudanças psicofisiológicas no ciclo da resposta sexual, incluindo distúrbios de desejo sexual, excitação, orgasmo e dor durante e após relações sexuais, sendo reconhecida como um problema difundido na sociedade, influenciada tanto por fatores relacionados à saúde orgânica quanto psicossocial. A DS associa-se também com a piora da qualidade de vida, influenciando nos relacionamentos interpessoais. No período do climatério, especialmente em mulheres após a menopausa, a prevalência da DS está em torno de 25 a 63% (LATIF; DIAMOND, 2013, SILVA *et al.*, 2013; SMITH; GALLICCHIO, 2017).

Os questionários epidemiológicos vêm desempenhando um grande papel na avaliação de mulheres com disfunção sexual, sendo amplamente utilizados em estudos psicológicos, sociológicos, clínicos e epidemiológicos do comportamento sexual. Esses questionários foram criados no sentido de propiciar avaliações de caráter populacional e/ou facilitar/anteceder à consulta médica propriamente dita. O ideal procurado em todos os questionários é a facilidade e a rapidez de administração, assim como a capacidade de avaliar multidimensionalmente a função sexual (LIMA *et al.*, 2010).

Para avaliar a função sexual, diferentes questionários têm sido utilizados, sendo o *Female Sexual Function Index* (FSFI) considerado um instrumento de alto padrão e recomendado para uso generalizado na população feminina. O FSFI foi traduzido e validado para utilização em português e consta de um breve autorrelato, que avalia as dimensões-chave da função sexual na mulher, nas últimas quatro semanas (SILVA *et al.*, 2013). Este instrumento avalia seis domínios da função sexual, abrangendo desejo, excitação, lubrificação, satisfação, orgasmo e dor. Após esta inicial e precoce detecção de dificuldades no desejo, interesse ou excitação sexual (potencial disfunção sexual), estas mulheres e aquelas inativas sexualmente podem ser submetidas a um exame e instrumento diagnóstico clínico específico (LIMA *et al.*, 2010). Desta forma, apesar dessa escala não possuir propriedades para diagnóstico de disfunção sexual feminina, ela pode ser usada como ferramenta para identificar dificuldades sexuais que devem ser avaliadas detalhadamente no diagnóstico clínico (JAMALI; JAVADPOUR, 2016).

Ramalheiro *et al.* (2011) referem que apenas 14% das mulheres revela espontaneamente ter problemas na sua vida sexual e que 58% o faz somente quando esta questão está incluída em questionários. Por outro lado, os profissionais de saúde também têm relutância em introduzir a problemática da sexualidade na consulta por questões que se prendem com falta de tempo e também de conhecimentos e prática acerca do tema e da sua abordagem. A responsabilidade de abordar o tema durante as consultas médicas não deve ser somente do paciente, mas o profissional da área de Saúde também precisa estar preparado para ouvi-las e orientá-las. Diferenças socioeconómicas, culturais, étnicas e etárias podem também dificultar a comunicação sobre a sexualidade.

Ao prestarem cuidados de saúde primários, os profissionais das equipas de saúde da família estão numa posição favorável para detectarem problemas relacionados com a vida sexual feminina durante a menopausa, implementar estratégias para estabelecer um diagnóstico e iniciar terapêutica quando adequado. A consulta de Planeamento Familiar/Saúde da Mulher poderá ser um espaço privilegiado para a abordagem da sexualidade das usuárias, ambiente de maior privacidade e onde também outros aspectos do foro íntimo poderão ser abordados. Em caso de identificação da existência de barreiras à comunicação sobre a sexualidade, poder-se-ão criar estratégias que permitam ultrapassá-las e assim promover a detecção precoce e tratamento da disfunção sexual na mulher, melhorando a qualidade de vida das usuárias (VALENÇA *et al.*, 2010).

O apoio social da família durante a fase de transição e envelhecimento está diminuindo e a vida tem aumentado nas duas últimas décadas. A idade mais precoce na menopausa tem várias implicações e desafios para a saúde, por exemplo na Índia. Haverá um grande número de mulheres que passam uma parte substancial da sua vida após a menopausa. Os prestadores de cuidados de saúde terão de iniciar programas e prestar cuidados adequados à grande população de mulheres que vivem fora da menopausa. Além disso, a atenção deve ser dirigida para a implementação de programas que irão ajudar a sensibilizar e aumentar a consciência da menopausa entre as mulheres estudadas (MEETA *et al.*, 2013).

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Tipo de Estudo

O presente estudo utilizou metodologia mista com levantamento documental transversal e de campo, aplicação de instrumentos e uso de entrevistas individuais que foram realizadas com mulheres adultas registradas e atendidas em Unidades de Saúde da Família Referência em Saúde da Mulher.

4.2 Área e Local do Estudo

A cidade de Aracaju situa-se no litoral de Sergipe, apresenta Índice de Desenvolvimento Humano (2010) de 0,770 e população, segundo o censo demográfico de 2010, de 571.149 habitantes, sendo 305.665 mulheres, das quais 97.463 estão na faixa etária entre 40-60 anos (IBGE, 2010).

Segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju, a capital de Sergipe conta com uma rede assistencial básica composta por 43 Unidades de Saúde da Família (USF), e de acordo com Sistema de Informação da Atenção Básica, até março de 2016, existiam 107 Equipes de Saúde da Família responsáveis pela cobertura de 369.150 usuários cadastrados (BRASIL, 2016). Dentre as USFs existentes no município de Aracaju somente as USFs Dona Sinhazinha, Francisco Fonseca e Carlos Fernandes são referência em saúde da mulher. Essas Unidades de Saúde além de atender as mulheres cadastradas da região territorial também recebem encaminhamentos de outras unidades Básicas de Saúde que tenham necessidade de atendimento especializado.

4.3 População e Amostra do Estudo

Foram estudadas mulheres de 40-60 anos, assistidas pelo Programa Estratégia Saúde da Família das três Unidades de saúde da Família do Município de Aracaju-Sergipe. A amostra foi definida por meio dos dados disponibilizados pela Secretária Municipal de Saúde (ARACAJU, 2015) a USF Dona Sinhazinha possui 1044 mulheres cadastradas, a USF Francisco Fonseca 3579, a USF Carlos Fernandes 1838, sendo que 8497 corresponde a soma total de mulheres na faixa etária de 40-60 anos. Mediante o cálculo de Barbetta (2010), 415 foi a amostra total

do estudo sendo acrescidos 10%, para assegurar a continuidade da representatividade dessa amostra.

Para calcular a amostra destas populações foi utilizada a fórmula estatística de Barbetta (2010): Fórmula: $n_0 = \frac{1}{E^2} = \frac{1}{0,05^2} = 400$ $n = N \cdot \frac{n_0}{N + n_0} = \frac{6461 \times 400}{6461 + 400} = \frac{2584400}{6861}$; $n = 377 + 10\% = 415$. Nesta fórmula: n = amostra; N = população; n_0 = estimativa do n , considerando o erro amostral de 5%.

Dessas 415 mulheres 16% (67) da amostra foi da USF Dona Sinhazinha, 29% (121) USF da Carlos Fernandes e 55% (228) da USF Francisco Fonseca, atendendo a proporcionalidade da população de cada USF.

4.4 Critérios de Inclusão e Exclusão

Foram incluídas mulheres de 40-60 anos que residiam ou que fossem encaminhadas para as Unidades de Saúde da Família e que estivessem disponíveis no período da coleta dos dados. Entretanto, excluíram-se mulheres portadoras de distúrbios psiquiátricos e/ou condições fisiológicas que limitassem a capacidade de comunicação como exemplo a surdez, de acordo com diagnóstico verificado nos registros de prontuários.

4.5 Instrumentos de Coleta de Dados

Os resultados obtidos por meio da aplicação dos instrumentos de coleta de dados foram divididos em dois estudos: Estudo 1: Compressão de Mulheres Climatéricas sobre a Menopausa: Sinais e Sintomas e Estudo 2: Sexualidade e Imagem Corporal em Mulheres Climatéricas. Tanto no estudo 1 como no estudo 2 foi utilizado o roteiro de entrevista, as duas escalas Female Sexual Function Index (FSFI) e Menopause Scale Rating (MRS) foram utilizadas somente no estudo 1, enquanto a Escala de Silhuetas e o Body Shape Questionnaire (BSQ) foram utilizados no Estudo 2.

4.5.1 Roteiro de Entrevista: Estudo 1 e Estudo 2

O roteiro de entrevista, composto por 50 questões mistas, continha informações sobre as características sócioeconômicas, hábitos de vida, dados ginecológicos e obstétricos, histórico de morbidades, uso de medicações, hábitos de vida, aspectos da sexualidade (vida sexual, percepções e atitudes, mudanças de

comportamento e compreensão sobre a menopausa) (Apêndice B). Este roteiro, antes da aplicação, foi previamente validado por seis avaliadores independentes e *experts* na temática correlata (Método de *expertise*). Os avaliadores foram contatados via carta-convite, sendo enviado a estes o roteiro de entrevista juntamente com o instrumento de validação, após seu aceite. Para efeito de análise, estes profissionais avaliaram o roteiro de entrevista de acordo com critérios de pertinência, clareza, objetividade, precisão, vocabulário e abrangência

4.5.2 Female Sexual Function Index (FSFI): Estudo 1

O *Female Sexual Function Index* foi desenvolvido por um grupo multidisciplinar de estudiosos da disfunção sexual feminina. Suas categorias e subitens foram baseados na classificação de disfunção sexual feminina da AFUD (*American Foundation for Urologic Disease*). São 19 itens que analisam seis domínios da função sexual: desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor, enfatizando o distúrbio da excitação. Esta categoria é subdividida em dois domínios separados de lubrificação (quatro itens) e excitação propriamente dita (quatro itens), permitindo avaliar componentes periféricos (lubrificação) bem como centrais (excitação subjetiva e desejo), (ROSEN *et al.*, 2000).

O FSFI é fácil de administrar e analisar. Questionário de auto-resposta, composto por uma escala algorítmica capaz de avaliar cada domínio separadamente ou toda a composição. Nas questões 3 a 14 e 17 a 19, a graduação varia de 0-5 e nas questões 1, 2, 15 e 16, de 1-5. O resultado global é determinado pela somatória de cada domínio multiplicado por seu fator correspondente e pode variar entre 2 a 36 e o ponto de corte para uma boa função sexual é 26,5 (Anexo 01).

4.5.3 Menopause Scale Rating (MRS): Estudo 1

Menopause Rating Scale (MRS), é um instrumento validado e reconhecido para uso no Brasil, pode ser utilizado em mulheres entre 18-74 anos, é composto de 11 questões distribuídas em 3 domínios: sintomas somatovegetativo (fogachos, desconforto no coração, problemas com sono e musculares e articulares), psicológicos (humor depressivo, irritabilidade, ansiedade, exaustão física e mental) e urogenitais (problemas de bexiga e sexuais e ressecamento vaginal). Cada sintoma pode ser classificado pela sua ausência e/ou intensidade em: 0=ausência, 1=leve, 2=moderado, 3=severo e 4=muito severo. A pontuação por domínios é realizada por

meio do somatório dos referidos sintomas. Quanto maior a pontuação obtida, mais severa a sintomatologia e pior a qualidade de vida da mulher (BCEHR, 2008) (Anexo 02).

4.5.4 Avaliação de Auto Percepção Corporal: Estudo 2

Antes de ser aplicado a escala de silhuetas foi realizado as medidas de circunferências abdominal, braquial, coxa, cervical e panturrilha. A circunferência braquial (ponto médio entre o acrômio e o olecrano) e a da panturrilha são bons marcadores de estados de deficiência nutricional, sendo que esta última indica sarcopenia em idosos se <31 cm. A circunferência da coxa (medida logo abaixo da prega glútea) tem alta correlação com o Índice de Massa Corporal (IMC) e com gordura periférica. Essas medições e a classificação do IMC foram processadas de acordo com as Novas Diretrizes Brasileiras de Obesidade (ABESO, 2016).

A satisfação com a imagem corporal foi determinada pela Escala de Silhuetas, proposta por Stunkard em 1983, ou simplesmente Escala de Stunkard, que consiste em desenhos imitando diferentes formas humanas, numerados de 1 a 9, sendo a primeira silhueta a mais magra e a nona a maior. O conjunto de silhuetas, apresentado na Figura 1, foi apresentado às mulheres, que escolheram duas delas, a que melhor representava a sua aparência física atual e aquela que gostariam de ter. A pontuação da escala é realizada a partir da subtração do dígito relativo à imagem apontada como sendo aquela que o indivíduo identifica como sendo sua do dígito daquela silhueta que é apontada como a que ele gostaria de ser.

Assim, um sujeito cujo score é igual a zero é considerado satisfeito com a sua imagem corporal, enquanto que qualquer outro score indica insatisfação com a imagem corporal (Figura1) (Anexo 03).

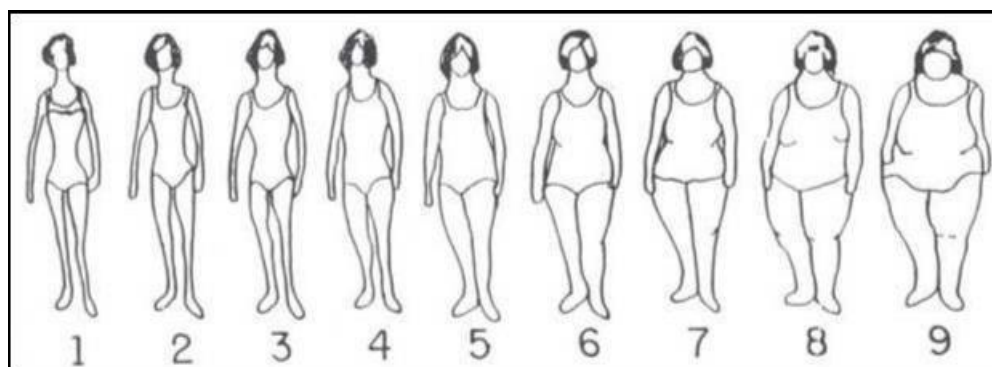


Figura 1. Amostra das silhuetas da Escala de Stunkard (SKOPINSK *et al.*, 2015)

Também foi utilizado o Body Shape Questionnaire (BSQ), (COOPER et al., 1987) que foi validado e adaptado ao português por Di Pietro, M.C. (2001) (Anexo 03). Contém 34 questões, que devem ser respondidas com referência à própria aparência nas últimas quatro semanas, marcando para tal as seguintes opções: 1. Nunca; 2. Raramente; 3. Às vezes; 4. Frequentemente; 5. Muito frequentemente; 6. Sempre. Este questionário fornece avaliação contínua e descritiva das insatisfações da imagem corporal em populações clínicas e não clínicas. O resultado geral segue as seguintes pontuações: valores maiores que 167 indicam grave insatisfação corporal; entre 138 e 167, indicam moderada insatisfação corporal; valores compreendidos entre 110 e 138 indicam leve insatisfação corporal; menores que 110, nenhuma insatisfação corporal (Anexo 4).

4.6 Procedimentos de Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada de acordo com a agenda programada das consultas obstétricas de enfermagem nas Unidades de Saúde da Família. As mulheres elegíveis que compareceram às USFs a fim de realizarem exame preventivo (Papanicolau) ou consultas ginecológicas, e que se encontravam esperando atendimento médico, foram convidadas individualmente a participar da pesquisa. Uma vez o convite aceito, os instrumentos de coleta de dados foram aplicados nos consultórios de Enfermagem e de Ginecologia, entre o período de 50-60 minutos, a portas fechadas. O convite para participação do estudo também foi reforçado por meio de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que durante as visitas domiciliares informavam as pacientes as datas programadas das entrevistas.

No momento da entrevista individual com as participantes, foi seguido o roteiro de entrevista e as verbalizações foram gravadas mediante consentimento da entrevistada. Em seguida, foram aplicados: *Menopause Rating Scale* (MRS), *Female Sexual Function Index* (FSFI), coleta de medidas antropométricas e aplicação dos instrumentos relacionados a autopercepção corporal.

Para a realização da coleta de dados contou-se com o trabalho de cinco alunas de Iniciação Científica, que foram previamente treinadas para a aplicação dos instrumentos de pesquisa.

4.7 Análise de Dados

Os dados quantitativos foram descritos por meio de frequência simples e percentuais quando categóricas ou média e desvio padrão quando numéricos. Para verificar as diferenças entre médias foram utilizados os Testes de Mann-Whitney (duas amostras) e análise de variância seguida do teste de Tukey ou de Duncan (múltiplas comparações). Para avaliar associação entre variáveis utilizou-se o teste Exato de Fisher e a correlação linear de Pearson. Com o intuito de verificar a relação entre a presença da menopausa e a manutenção do casamento ou da união, foi aplicado o *Odds Ratio*. O nível de significância adotado em todos os testes foi de 5% e os softwares utilizados para as análises foram o R Core Team 2017 e o Statistica 7.1 (Stat Soft Inc., Tulsa).

Para análise dos dados qualitativos referente as questões sobre Atividade Sexual e compreensão da menopausa (Roteiro de entrevista com questões abertas transcritas das gravações das repostas), foi utilizada análise de conteúdo de acordo com Bardin (2011). Levantadas as unidades de significado a construção das subcategorias será com base nos critérios de recorrência dos conteúdos das verbalizações agrupadas pelas questões disparadoras, consideradas aqui como categorias de análise.

O processamento dos dados qualitativos ocorreu em três fases: pré-análise; exploração do material; e tratamento dos resultados. Na pré-análise, realizaram-se a leitura flutuante, a leitura dirigida, a transcrição dos questionários para arquivo e a preparação do material a partir de recortes de falas. Definiu-se o *corpus* da pesquisa pelos critérios de exaustividade, representatividade, pertinência e uniformidade.

Na etapa de exploração do material, as questões abertas foram submetidas à análise de conteúdo categorial, visando a obter, mediante procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitiram a inferência de conhecimentos.

Nessa etapa, efetuaram-se os seguintes procedimentos: identificação das unidades de registro com seus núcleos de sentido, agrupamento desses elementos em subcategorias e temas, por aproximação entre elas, a identificação das categorias analíticas. Na fase de tratamento dos resultados, foram feitas a interpretação, com discussão, inferência e contagem das unidades de registro contidas nos núcleos de sentido.

Como apoio à análise do conteúdo das entrevistas, utilizou-se um *software* de apoio à análise de dados qualitativos WebQDA. O *software* WebQDA, de acordo com Costa (2012), apresenta uma visão sucinta da organização estrutural e funcional por meio de uma estrutura básica dividida em três partes, Codificação, Fontes e Questionamento. Com esse sistema de codificação, criam-se as dimensões interpretativas ou descritivas, as primeiras categorias e subcategorias e depois os indicadores. Nesse sentido, é na interligação entre as Fontes e a Codificação que, por meio dos procedimentos de codificação disponíveis no WebQDA, pode-se configurar o projeto e “codificar” os dados de forma estruturada e interligada.

4.8 Princípios Éticos da Pesquisa

Para aplicação do questionário foram contemplados e resguardados os aspectos éticos e legais, de acordo com a Resolução nº 466/2012, na qual as participantes, mulheres na faixa etária de 40-60 anos, foram orientadas quanto aos objetivos do estudo e a participação voluntária e anônima, e, após estarem de acordo, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice c).

Ressalta-se que as integrantes da pesquisa tiveram o direito de desistir do processo de ser avaliados e autonomia de solicitar esclarecimento sobre o desenvolvimento e, a qualquer momento, retirar a autorização da aplicação do Estudo. O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Tiradentes sob o número de parecer 1.813.269 e CAAE 58431716.7.0000.5371 (Anexo 5).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados obtidos e discussões da Dissertação, tendo em vista os objetivos propostos para a pesquisa, estão organizados em 2 estudos: Estudo 1 - Compreensão de Mulheres Climatéricas sobre a Menopausa: Sinais e Sintomas e Estudo 2 - Sexualidade e Imagem Corporal em Mulheres Climatéricas.

5.1 Estudo 1 - Compreensão de Mulheres Climatéricas sobre a Menopausa: Sinais e Sintomas

Os dados foram coletados por meio de entrevistas e instrumentos de avaliação aplicados em 417 mulheres com média geral de 50,4 anos ($\pm 5,7$), sendo que destas 236 se encontravam na menopausa. As médias de idade das mulheres que ainda não estavam na menopausa e as que já se encontravam na menopausa apresentaram diferenças significativas (MW: $Z= 12,71$; $p < 0,001$) (Tabela 1).

Em ambos os grupos (menopausa e não menopausa) as mulheres são predominantemente responsáveis pelo sustento financeiro dos lares (67,4%). Entre as mulheres dependentes financeiramente de outros indivíduos, destacam-se as relações maritais e consanguíneas. Todas as entrevistas e avaliações ocorreram nas Unidades Referência em Saúde da Mulher, na ambiência do Programa Estratégia Saúde da Família, de Aracaju-Sergipe.

No que se refere aos antecedentes ginecológicos, a idade da menarca foi, em média, aos 13,1 anos ($\pm 1,8$), enquanto a sexarca ocorreu aos 18,8 anos ($\pm 4,3$).

Não se pode afirmar que a ocorrência da menopausa influencia diretamente na duração do casamento, no entanto, constatou-se que a mulher que ainda não está na menopausa apresenta 2,5 vezes mais chances de permanecer casadas em relação às mulheres na menopausa (OR= 0,3879; IC95% 0,1903 $\leq \mu \leq$ 0,7908; $p= 0,0123$).

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico das mulheres das Unidade de Saúde da Família Referência em Saúde da Mulher de Aracaju/Sergipe, 2017.

Variável	MENOPAUSA (Continua)			
	SIM		NÃO	
Média de Idade	54,4±4,5 anos		46,4±4,5 anos	
Estado Civil	N	%	N	%
Casada	91	38,6	85	47,0
União Estável	21	8,9	20	11,0
Separada/Divorciada	33	14,0	12	6,6
Solteira	71	30,1	55	30,4
Viúva	20	8,5	9	5,0
Mantedora do Lar				
Sim	162	68,6	119	65,7
Não	74	31,4	62	34,3
Se não, mantida por				
Parceiro	44	59,5	34	54,8
Filhos	8	10,8	7	11,3
Pais	1	1,4	4	6,5
Pais e irmãos	1	1,4	-	-
Amigos	1	1,4	-	-
Ex-marido	1	1,4	-	-
Não informado	18	24,3	17	27,4
Compartilha Habitação com				
Apenas parceiro	33	14,0	23	12,7
Parceiro e filhos	48	20,3	63	34,8
Parceiro e membros de família alargada ¹	29	12,3	24	13,3
Apenas Filhos	78	33,1	31	17,1
Filhos e membros de família alargada	9	3,8	8	4,4
Membros de família alargada	20	8,5	16	8,8
Outros ²	1	0,4	3	1,7
Sozinha	10	4,2	11	6,1
Não informado	8	3,4	2	1,1
Renda Mensal				
<1 Salário Mínimo	29	12,3	36	19,9
1 Salário Mínimo	122	51,7	82	45,3
2 a 3 Salários Mínimo	75	31,8	55	30,4
4 a 5 Salários Mínimo	6	2,5	4	2,2
>5 Salários Mínimo	4	1,7	1	0,6
Não informado	-	-	3	1,7
Cor Autodeclarada				
Parda	142	60,2	120	66,3
Negra	45	19,1	30	16,6
Branca	36	15,3	24	13,3
Amarela	9	3,8	6	3,3
Indígena	3	1,3	1	0,6
Não informado	1	0,4	-	-

Variável	MENOPAUSA			(Final)
	SIM		NÃO	
Nível de Escolaridade				
Sem Escolaridade	13	5,5	9	5,0
Ensino Fundamental Incompleto	99	41,9	62	34,3
Ensino Fundamental Completo	27	11,4	28	15,5
Ensino Médio Incompleto	15	6,4	10	5,5
Ensino Médio Completo	63	26,7	65	35,9
Ensino Superior Incompleto	6	2,5	2	1,1
Ensino Superior Completo	9	3,8	4	2,2
Pós-Graduação	1	0,4	1	0,6
Não informado				
	3	1,3	-	-
Regularidade Menstrual				
Sim	3	1,3	91	50,3
Não	119	50,4	82	45,3
Não informado	114	48,3	8	4,4

¹Membros de família alargada: pais, netos, irmãos, sobrinhos, tios, sogra(o), nora/genro

²Outros: ex-marido, patrões, amigos

De acordo com a classificação dos escores totais obtidos pela aplicação do MRS, mais da metade das mulheres estudadas apresentaram sintomatologia severa (55,9%), enquanto que 25,7% tiveram sintomatologia moderada, 8,9% sintomatologia leve e 9,6% eram assintomáticas ou com sintomatologia escassa.

Na avaliação específica dos sintomas climatéricos com base no instrumento MRS, verificou-se que a alta severidade dos sintomas falta de ar, suores e calores (dimensão somato-vegetativa) e da ansiedade (dimensão psicológica), sobressaem em relação aos demais sintomas classificados como “severos” e “muito severos” (Tabela 2).

Tabela 2 - Ocorrência e grau de intensidade de sintomas relacionados a menopausa, segundo sua intensidade, em mulheres das USF Referência em Saúde da Mulher de Aracaju/Sergipe, 2017, de acordo com a Escala de Avaliação da Menopausa (Menopause Rating Scale – MRS).

Sintomas		Grau de Intensidade*				
		Nenhum/ Escasso n (%)	Leve n (%)	Moderado n (%)	Severo n (%)	Muito Severo n (%)
Dimensão Sintomas somato- vegetativos	Falta de ar, suores, calores	119 (28,5)	34 (8,2)	86 (20,6)	45 (10,8)	133 (31,9)
	Mal-estar cardíaco	189 (45,3)	45 (10,8)	103 (24,7)	37 (8,9)	43 (10,3)
	Problemas de sono	155 (37,2)	36 (8,6)	64 (15,3)	50 (12,0)	112 (26,9)
	Problemas musculares e nas articulações	140 (33,6)	40 (9,6)	65 (15,6)	67 (16,1)	105 (25,2)
Dimensão Sintomas psicológicos	Estado de ânimo depressivo	156 (37,4)	52 (12,5)	80 (19,2)	53 (12,7)	76 (18,2)
	Irritabilidade	103 (24,7)	47 (11,3)	93 (22,3)	71 (17,0)	103 (24,7)
	Ansiedade	77 (18,5)	64 (15,3)	68 (16,3)	83 (19,9)	125 (30,0)
	Esgotamento físico e mental	129 (30,9)	61 (14,6)	80 (19,2)	62 (14,9)	85 (20,4)
Dimensão Sintomas urogenitais	Problemas sexuais	191 (45,8)	43 (10,3)	62 (14,9)	44 (10,6)	77 (18,5)
	Problemas de bexiga	322 (77,2)	33 (7,9)	24 (5,8)	19 (4,6)	19 (4,6)
	Ressecamento vaginal	229 (54,9)	51 (12,2)	57 (13,7)	20 (4,8)	60 (14,4)

*De acordo com as subescalas de classificação das dimensões do MRS

Em relação ao grau de severidade dos sintomas entre as mulheres na menopausa e as que ainda não estão na menopausa, as médias dos escores das três dimensões foram mais altas para as mulheres na menopausa. As dimensões dos sintomas somato-vegetativos e urogenitais apresentaram diferença significativa entre os dois grupos de mulheres analisadas, o que não ocorreu na dimensão dos sintomas Psicológicos (Figura 1 A, B e C). No entanto, os escores totais médios atingiram valores que os classificavam como sintomas “severos” em ambos os grupos (19,1±9,7 no grupo de mulheres na menopausa e 16,4±9,8 no de mulheres que ainda não estão na menopausa), apesar de apresentarem diferença significativa entre si (Figura 1D).

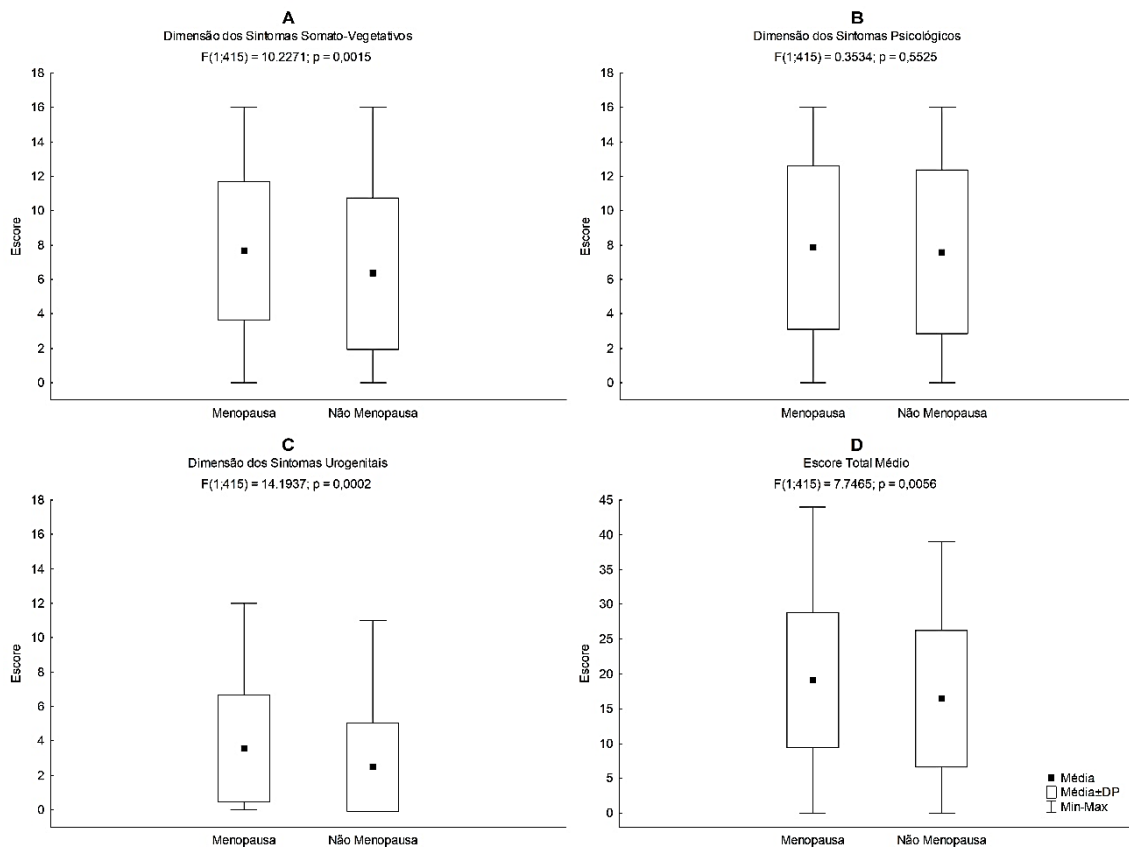


Figura 2 - Médias dos escores de severidade dos sintomas das dimensões analisadas e o escore total médio entre as mulheres com menopausa e as que ainda não estão na menopausa, das USF Referência em Saúde da Mulher de Aracaju/Sergipe, 2017, de acordo com a Escala de Avaliação da Menopausa (MRS - Menopause Rating Scale).

Quando as questões do MRS são analisadas separadamente, pode-se observar que as maiores médias dos escores se concentram na dimensão dos sintomas psicológicos em ambos os grupos de mulheres. Na dimensão dos sintomas somatovegetativos os escores que apresentaram diferenças significativas são os relacionados com falta de ar, suores, calores e problemas musculares e nas articulações, enquanto que na dimensão dos sintomas urogenital as diferenças apareceram nos sintomas relacionados aos problemas sexuais e ressecamento vaginal (Figura 2).

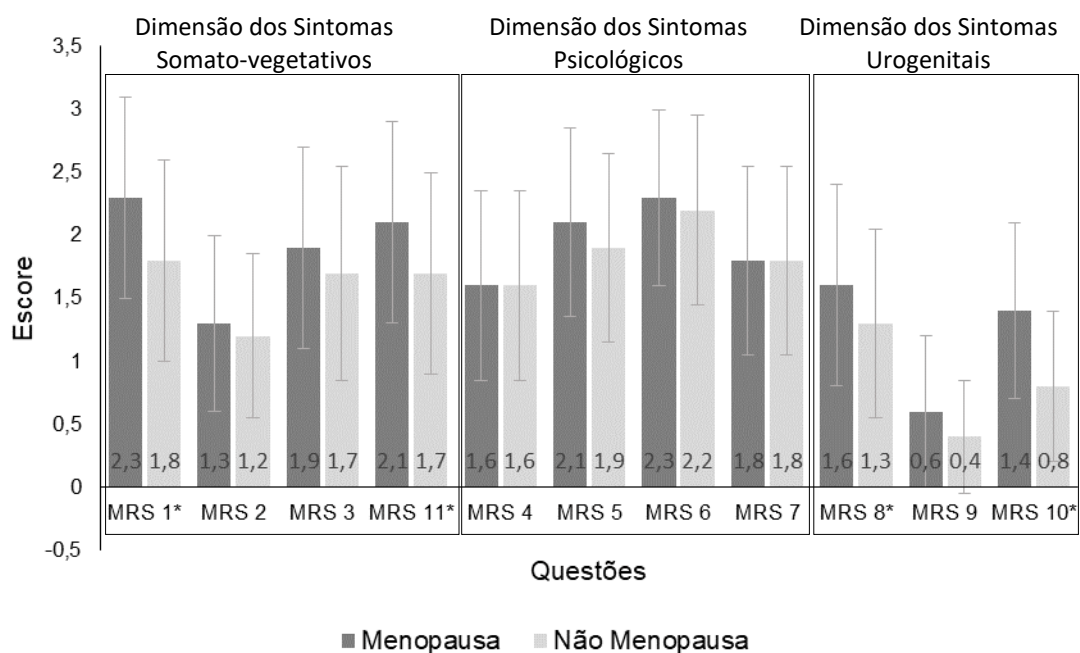


Figura 3 - Diferenças entre escores médios por domínio de sintoma entre os grupos de mulheres na menopausa das que ainda não estão na menopausa, usuárias das USF Referência em Saúde da Mulher de Aracaju/Sergipe, 2017, de acordo com a Escala de Avaliação da Menopausa (MRS - Menopause Rating Scale).

MRS 1: Falta de ar, suores, calores; MRS 2: Mal-estar cardíaco; MRS 3: Problemas de sono; MRS 11: Problemas musculares e nas articulações; MRS 4: Estado de ânimo depressivo; MRS 5: Irritabilidade; MRS 6: Ansiedade; MRS 7: Esgotamento físico e mental; MRS 8: Problemas sexuais; MRS 9: Problemas de bexiga; MRS 10: Ressecamento vaginal.

*médias com diferenças significativas

Apesar de não haver diferenças significativas entre as médias dos domínios da dimensão dos sintomas Psicológicos, pode-se observar na Tabela 3 que as mulheres que declararam estar com depressão e não fazem uso de medicamentos específicos, apresentaram médias maiores do que as que fazem uso de antidepressivos/tranquilizantes. Cabe notar também que em relação à média geral da dimensão, as mulheres que fazem uso da medicação apresentam valor de escore médio que as enquadrariam em intensidade “Moderada”, enquanto que o grupo que não faz uso de medicamentos, enquadra-se na intensidade “Severa”.

Tabela 3 - Médias dos domínios da dimensão de sintomas Psicológicos do MRS e o uso de medicação antidepressiva/tranquilizante entre mulheres no climatério usuárias das USF Referência em Saúde da Mulher de Aracaju/Sergipe, 2017.

	Domínios da Dimensão de Sintomas Psicológicos				Média Geral
	Estado de ânimo depressivo	Irritabilidade	Ansiedade	Esgotamento físico e mental	
Com Medicação	1,7±1,5 ^a	2,4±1,4 ^a	2,5±1,4 ^a	1,8±1,5 ^a	2,1±1,0 ^a
Sem Medicação*	2,4±1,6 ^a	2,6±1,4 ^a	3,0±1,3 ^a	2,4±1,4 ^a	2,6±1,1 ^b

*declararam estar com depressão no histórico de morbidade da entrevista, porém não tomam medicamentos específicos

Obs. Médias com a mesma letra não são significativamente diferentes

Neste estudo, as mulheres que tiveram a primeira relação sexual mais tardiamente, apresentaram sintomatologia mais leve na menopausa ($p=0,026$). Das mulheres entrevistadas, 55,4% relataram que mantiveram relação sexual nas últimas 4 semanas, sendo que a média da frequência sexual descrita foi de $2,0\pm 1,5$ relações sexuais por semana. Mesmo em um contexto no qual 73,7% das mulheres referiram a frequência de 1 a 4 relações sexuais semanais, 44,6% apresentam disfunção sexual feminina de acordo com a Escala de Avaliação de Função Sexual Feminina (FSFI).

Ao correlacionar os escores da Escala de Avaliação de Função Sexual Feminina (FSFI) com a idade das mulheres com atividade sexual encontrou-se correlação negativa e significativa ($r = -0,2085$; $p < 0,001$).

Entre as mulheres na menopausa e com atividade sexual, os escores da Escala de Avaliação de Função Sexual Feminina (FSFI) diminuíram significativamente e concomitantemente com a redução dos escores da Escala de Avaliação da Menopausa (MRS) ($p < 0,0001$) (Figura 3).

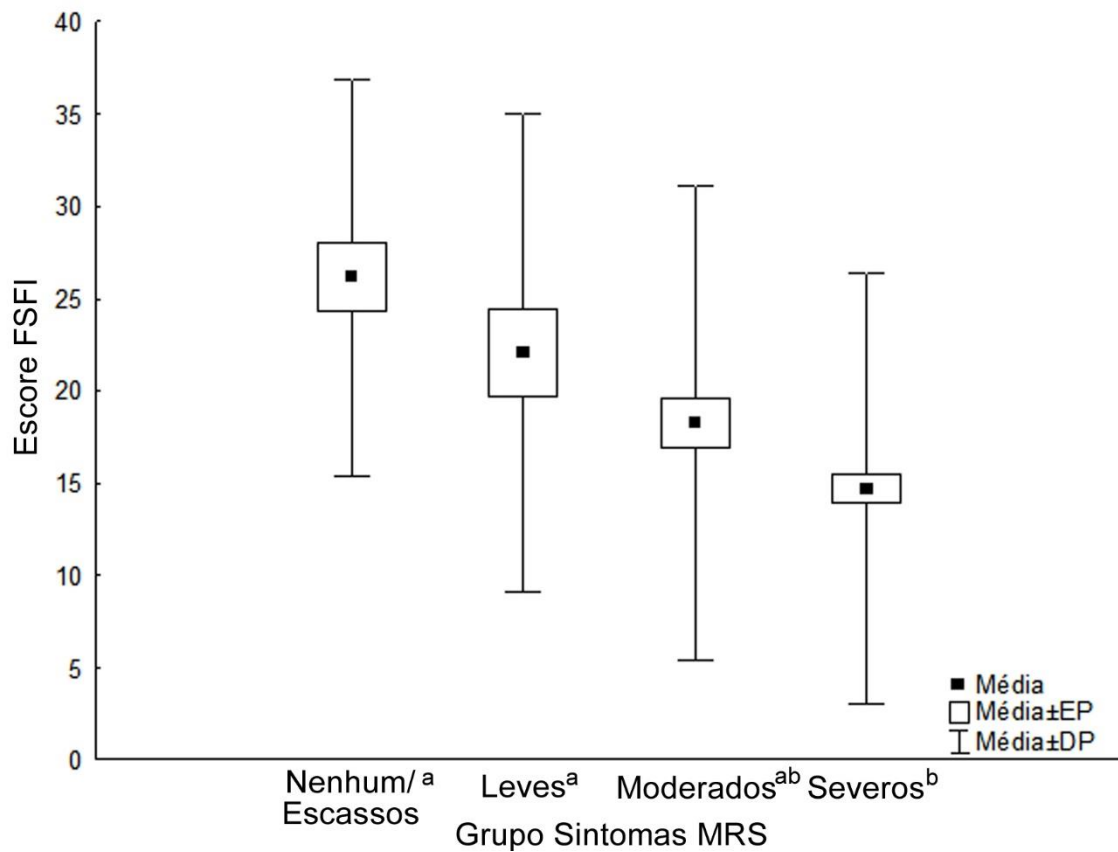


Figura 4 – Comparação dos escores totais da Escala de Avaliação de Função Sexual Feminina (FSFI) entre os Grupos de Sintomas da Escala de Avaliação da Menopausa (MRS) de mulheres na menopausa das USF Referência em Saúde da Mulher de Aracaju/Sergipe, 2017.

Médias com a mesma letra não são significativamente diferentes.

De maneira geral, entre as mulheres sexualmente ativas, a correlação entre os escores de ambos os instrumentos utilizados (FSFI e MRS) apresentou-se inversamente proporcional e significativa ($r = -0,5071$; $p < 0,0001$), ou seja, a medida que aumenta a severidade dos sintomas da menopausa, há uma redução na função sexual feminina (Figura 4).

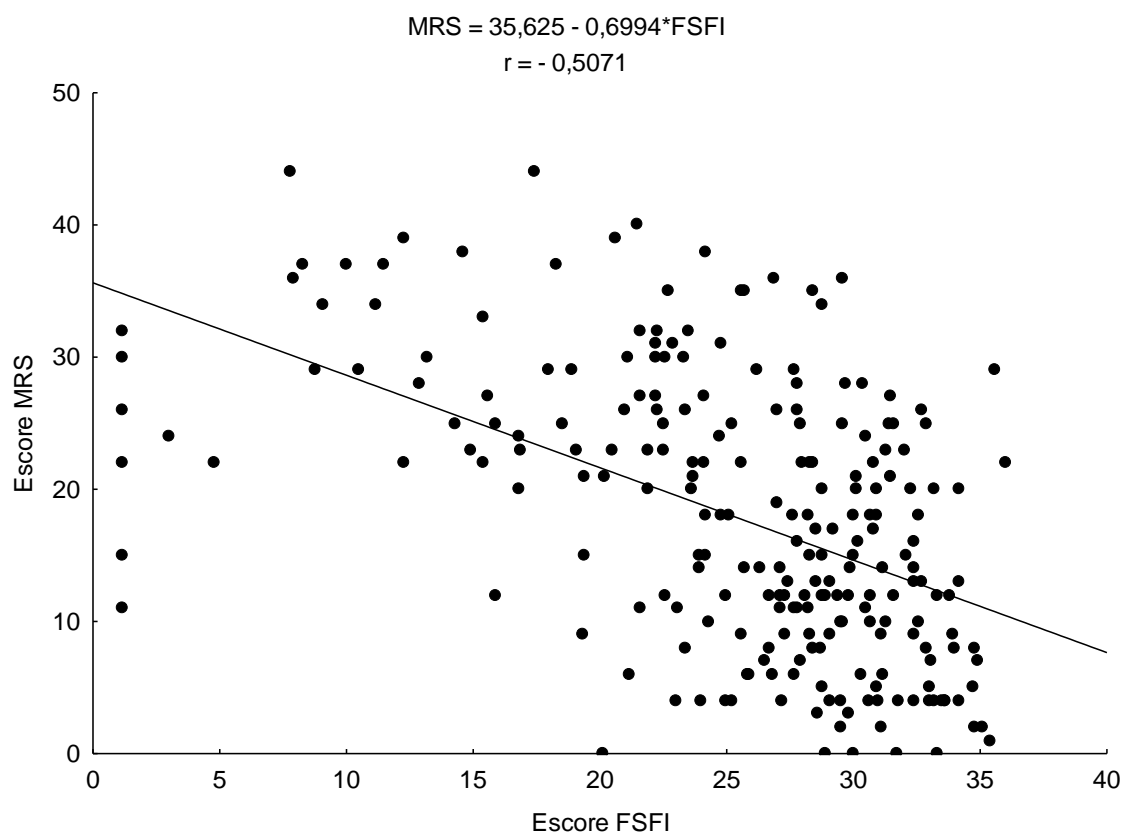


Figura 5 – Correlação entre os escores totais da Escala de Avaliação de Função Sexual Feminina (FSFI) e da Escala de Avaliação da Menopausa (MRS) de mulheres das USF Referência em Saúde da Mulher de Aracaju/Sergipe, 2017.

As mulheres com ausência/escassez de sintomatologia da menopausa apresentam, de modo geral, escores médios da Escala de Avaliação da Função Sexual Feminina maiores que aquelas que apresentam sintomas que variam entre moderados e severos (Tabela 4).

Tabela 4- Comparação dos escores dos domínios da Escala de Avaliação de Função Sexual Feminina (FSFI) entre os Grupos de Sintomas da Escala de Avaliação da Menopausa (MRS) de mulheres na menopausa das USF Referência em Saúde da Mulher de Aracaju/Sergipe, 2017.

	Grupos Sintomas MRS				p-valor
	Nenhum/Escasso Média (DP)	Leve Média (DP)	Moderado Média (DP)	Severo Média (DP)	
Desejo	4,2±0,7 ^a	4,0±0,8 ^a	3,5±1,2 ^{ab}	3,0±1,3 ^b	<0,001
Excitação	4,5±0,9 ^a	4,2±0,8 ^a	3,9±1,4 ^{ab}	3,1±1,5 ^b	<0,001
Lubrificação	5,6±1,1 ^a	4,7±1,2 ^{ab}	4,5±1,6 ^{ab}	3,5±1,9 ^b	<0,001
Orgasmo	5,3±0,8 ^a	5,1±0,7 ^{ab}	3,9±1,7 ^{bc}	3,3±1,8 ^c	<0,001
Satisfação	5,8±0,4 ^a	4,7±1,8 ^{ab}	4,8±1,7 ^{ab}	3,8±2,1 ^b	<0,001
Dor	5,5±1,4 ^a	5,5±0,8 ^a	5,2±1,5 ^a	4,2±2,1 ^a	<0,001

Obs: Médias com a mesma letra não são significativamente diferentes

A questão relacionada à atividade sexual foi respondida por todas as participantes (417), no entanto 41,2% (172) dessas mulheres relataram que não mantinham relações sexuais e explicaram o porquê. Na Tabela 1 estão apresentados os principais conteúdos relacionados aos motivos pelos quais as mulheres não mantinham relações sexuais e a frequência com que apareceram. Mediante o processo de análise dos conteúdos, obteve-se três temas: Questões pessoais e de relacionamento; Alterações sexuais e de Saúde; Problemas de velhice.

O principal motivo pelo qual as mulheres não mantinham relações sexuais era não ter parceiro (26,2%), seguido de falta de interesse e de desejo sexual (22,1%).

“Porque não tenho parceiro”. E1
 “Porque não quero mais, enjoei”. E382

Tabela 5 – Motivos relacionados à ausência da prática de relações sexuais de mulheres no climatério, usuárias das USF Referência em Saúde da Mulher de Aracaju/Sergipe, 2017.

Temas	Conteúdos	Frequência N (%)*
Questões pessoais/relação	Não tem Parceiro	45 (26,2,)
	Não informou o porquê	34 (19,8)
	Separada	18 (10,5)
	Viúva	13 (7,6)
	Não é casada	6 (3,5)
	Virgem	3 (1,7)
	Solteira	4 (2,3)
	Medo de adquirir ISTs	2 (0,6)
	Saúde debilitada do esposo	3 (1,7)
Subtotal		128 (74,4)
Alterações Sexuais/Saúde	Sem interesse/desejo sexual	38 (22,1)
	Nunca teve oportunidade de ter relações sexuais	1 (0,6)
	Não gosta de ter relação sexual	1 (0,6)
	Sente dor e sangramentos após relações sexuais	1 (0,6)
	Fistula na bexiga causada pela cirurgia de histerectomia	1 (0,6)
Subtotal		42 (24,5)
Problemas de Velhice	Velhice do Esposo	1 (0,6)
	Se sente velha	1 (0,6)
Subtotal		2 (1,2)

Das 417 mulheres 96,8% (404) responderam à questão que trata de suas concepções sobre menopausa. Os conteúdos que apareceram foram agrupados em 13 temas: a menopausa associada a fogachos; expressões de dúvidas sobre a menopausa; envelhecimento ovariano; associada a manifestações clínicas, problemas musculares, nas articulações e no sono; associada a alterações psicológicas; valoração negativa; alterações e reposições hormonais; associada a problemas sexuais; a menopausa atribuída a velhice/idade; valoração positiva; a histerectomia causa mudanças na vida da mulher. Dessas categorias mais de 80,2% das frequências de unidades de significado nas verbalizações foi a menopausa associada a fogachos: calor, suor, frio e fogo (Tabela 2).

Tabela 6. Ideias e concepções sobre a Menopausa verbalizadas pelas participantes da pesquisa nas USF Referência em Saúde da Mulher de Aracaju/Sergipe, 2017.

Temas	Conteúdos	Frequência N (%)*
		(Continua)
Associada a Fogachos	Calor; frio; suor; fogo	324 (80,2)
Expressões de dúvidas sobre a menopausa; se está na Menopausa; Falta de Conhecimento	“Eu acho”; “o que é menopausa?” Não entende nada; não sabe o que é; Não sabe de se está ou não na menopausa	212 (52,5)
Envelhecimento ovariano	Fim da menstruação; diminuição da menstruação; menstruação irregular; fim da vida reprodutiva; fim da ovulação; perda da fertilidade; menopausa precoce	147 (36,4)
Associada a manifestações clínicas; Problemas musculares, nas articulações e no sono	Dores de cabeça; inflamação; enjoo; intoxicação; coceira; mal-estar; vários sintomas; pele seca; dores nos seios; dores de cólicas, ressecamento vaginal; dores nas pernas; dores nos ossos; dores no corpo; câimbra; dores nas articulações; diminuição do cálcio; dores nos músculos; perda da habilidade; tonturas, falta de ar, taquicardia insônia ou sonolência	102 (25,2)
Associada a Alterações psicológicas	Esgotamento físico e mental; nervosismo; impaciência; irritabilidade; ansiedade; stress; depressão; mal humor; sentimento de tristeza; angústia; problemas mentais; agressividade; fobia; preocupação	91 (22,5)
Valoração negativa	Doença; horrível; assustadora; ruim, causa transtornos; chato; enjoado; estranho; uma perda; desconforto; causa problemas de saúde, a mulher fica frágil; pior coisa; difícil; traumático; triste; bicho de sete cabeças; desgaste total; incomodo; não quer ter menopausa; medo de envelhecer	90 (22,3)

		(Final)
Temas	Conteúdos	Frequência N (%)*
Alterações Hormonais e no Metabolismo Reposições Hormonais	Diminuição dos hormônios; falta de conhecimento; alteração hormonal; transforma o organismo; é tomar remédio; tem que usar hormônios; tem que realizar tratamentos	77 (19,0)
Associada a Problemas Sexuais	Diminuição do desejo sexual; perde o desejo sexual; muda os desejos sexuais; a mulher fica fria; fim da vida sexual; prazer sexual diminui; diminuição do orgasmo, perda do prazer	39 (9,7)
A menopausa atribuída a velhice/idade	Quando chega a velhice; quando chega a idade	33 (8,2)
Valoração Positiva	Não é doença; é bom porque não tem menstruação; período importante; faz bem a mulher; é bom; aumenta o desejo sexual; não mudou o desejo sexual; importante ter conhecimento sobre o assunto; é bom saber	20 (5,0)
Histerectomia antecipando a menopausa	A histerectomia antecipa a menopausa; a retirada do útero deixa a mulher fria; útero serve pra gerar filho e doença; a histerectomia muda a vida sexual;	14 (3,5)

*Algumas verbalizações continham mais de uma ideia/conteúdo.

5.1.1 Discussões e Reflexões acerca da *Compressão de Mulheres Climatéricas sobre a Menopausa*

O monitoramento da saúde e bem viver da mulher, especialmente as que estão vivenciando o climatério, demanda a análise integrada de instrumentos e metodologias sensíveis e úteis às políticas de intervenção. Desta forma, situaremos nossas discussões na perspectiva quali-quantitativa de usuárias de USFs, em resposta às demandas femininas sobre transição climatérica e menopausa.

O significado da menopausa para as mulheres desse estudo está associado, principalmente, ao fogacho (*calor, suor, frio, fogo*), ausência de menstruação e alterações hormonais. Em estudo de investigação qualitativa de Separavich e Canesqui (2012) em ambientes virtuais sobre análises de verbalizações de mulheres climatéricas observou-se que os sintomas vasomotores (fogachos) foram os mais destacados nas narrativas das internautas.

Quando comparados os resultados do presente estudo com sinais e sintomas vivenciados por colombianas identificou-se que mulheres ao entrarem na pós-menopausa são mais propensas a terem ondas de calor, pois há redução nos níveis de estrogênio, modificações na liberação de gonadotrofinas, bem como sua inter-relação com o centro de termorregulação cerebral. Esses mecanismos também explicam as ondas de calor que ocorrem na pré-menopausa ou menopausa, uma vez que esse sintoma, geralmente está presente em mulheres que ainda menstruam ou que estão em estágio do climatério (CASTRO et al., 2017).

A menopausa era vista como algo negativo à medida que as participantes a associam a alterações fisiológicas, como *mal-estar*, e a alterações psicológicas, como *agonia, nervosismo, estresse*; alterações essas interferem em suas relações interpessoais. Apesar das mulheres, durante a menopausa, poderem apresentar tolerância limitada e maior irritabilidade (PEREIRA et al., 2011). Em estudo de Cardoso e Camargo (2015) realizado com mulheres climatéricas no Paraná, as participantes também perceberam modificações emocionais e psíquicas relacionadas ao climatério, sendo as mais frequentes: ansiedade (81,25%), irritabilidade (75%), neste estudo, as mulheres menopausadas não se mostraram *nem mais, nem menos* irritadas, ansiosas ou depressivas do que aquelas na pré-menopausa (Figura 2).

Os discursos dos *desconfortos* das mulheres sergipanas associam-se aos seus sintomas detectados pelo MRS, os quais apresentaram diferenças estatísticas entre os grupos estudados (Figura 2). O instrumento, no entanto, acresce ainda as questões de ressecamento vaginal, falta de desejo e insatisfação sexual, o que reflete a dissociação nas verbalizações femininas entre sua saúde/vida sexual e a parte clínica da menopausa.

[...] É quando chega a idade de uns 40 anos, por aí...eu acho que esquenta a mão, minha mão esquenta muito, [...] calor demais só isso. ^{E01}

O que eu entendo é que as vezes a pessoa tem calor, dor nas pernas. Eu não tive, só se eu for ter ainda, o que eu entendo é isso. ^{E2}

Assim, um frio sei lá, dor no corpo, outros sentem mais fogo outros não sentem. Vejo muita coisa assim de pessoas que falam de calor, que sente muito calor. ^{E8}

Entendo muito pouco sobre menopausa, acho que já estou entrando na menopausa, muito calor, pouca menstruação. ^{E13}

Os sintomas climatéricos de intensidade severa e muito severa mais frequentes foram ansiedade (49,9%) e irritabilidade (41,7%) seguidos dos somatovegetativos (Tabela 2), um pouco divergente da maior representatividade dos sintomas psicológicos e urogenitais (BACHMANN, 1999; LORENZI et al., 2008; FERREIRA et al, 2015). Nas mulheres sergipanas, a tríade sintomatológica falta de ar-suor-calor (71,5%) apresentou intensidade variável de leve a severa. Estudo realizado com mulheres colombianas afrodescendentes de Castro et al., (2017) apontou que estas são manifestações clínicas clássicas da transição climatérica, podendo ocorrer ainda na pré-menopausa e com frequência de 2,9 ondas de calor/dia (BACHMANN, 1999). Quando a sudorese noturna é frequente e intensa pode perturbar o sono gerando fadiga e irritabilidade, influenciado na incidência dos sintomas psicológicos (VELASCO, et al., 2010).

Os sintomas psicológicos mais frequentemente relatados em mulheres suecas são o esgotamento físico e mental, diminuição da concentração, tensão interior e, em especial, a ansiedade (RINDNER et al., 2017). A frequência elevada de ansiedade e irritabilidade no presente estudo, apesar de não necessariamente patológico, requer diagnóstico precoce (GLISE et al., 2012) e assistência primária à estas mulheres climatéricas. Este quadro clínico não saudável de longa duração e recuperação prolongada, associa uma valoração negativa ao climatério. A maioria

das mulheres, durante consultas rotineiras, tendem a relatar apenas sintomas somáticos ou não têm acesso a espaços de cuidado e atenção psicossocial.

Rapaz, menopausa é o que eu tô sentindo: calor, irritação, falta de paciência, ansiedade.^{E132}

Um bocado de coisa, muita coisa ruim. Sente falta de vontade, de desejo, mal humor, muito calor, fadiga, ansiedade, angústia, muita dor de cabeça.^{E59}

A indisposição, cansaço, falta de coragem, essas coisas, calor, depressão.^{E65}

Em culturas multiétnicas, como a brasileira, a perda de elementos de valorização feminina (beleza física, oportunidades e maternidade) favorece sentimentos de desvalorização, fracasso, tristeza, esgotamento mental e depressão (Figura 2). A frequência de usuárias sergipanas dos antidepressivos/tranquilizantes variou de 16,1% (menopausadas) a 18,8% (não-menopausadas), sendo que 46,5% não apresentavam diagnóstico de depressão, mas já faziam uso de medicamentos paliativos e que apenas aliviam os aspectos emocionais (Tabela 3). A percepção do *envelhecer* e a intensificação dos sintomas decorrentes do hipoestrogenismo, aliados ao crescimento dos filhos ou morte do cônjuge, implicam em ajustes emocionais e mudanças do estilo de vida (LORENZI et al., 2009; YISMA et al., 2017).

Algumas mulheres sergipanas relacionaram a ocorrência de dores musculares e articulares (membros inferiores) à menopausa, a ponto de considerá-la uma doença juntamente com o cansaço próprio do envelhecimento. Aproximadamente 60% destas mulheres tinha perfil etário de risco para osteoartrite e fibromialgia que podem não ser causados pelo hipoestrogenismo, mas são intensificados e resignificados pela menopausa (LORENZI et al., 2008).

É um calor atrás das costas, às vezes frieza, fica com dor nas pernas...^{E5}

Menina de repente eu tô suando e de repente o suor some assim, dói meus ossos depois.^{E16}

Apesar da escassez dos sintomas urogenitais (ressecamento vaginal), é importante intensificar a atenção na saúde sexual destas mulheres (LORENZI et al., 2009; CABRAL et al., 2012) pois esta é um dos pilares do bem-viver feminino. As mulheres climatéricas têm que lidar com muitas mudanças físicas e fisiológicas decorrentes do envelhecimento simbolizado pela menopausa, as quais, em conjunto,

podem comprometer sua percepção da autoimagem, autoestima e libido, e conseqüentemente ocasionar disfunções sexuais (44,6%).

Eu acho que é aquela fase que a mulher deixa de menstruar, perde os seus hormônios, ela perde também o seu estímulo, o seu desejo sexual. Ela tem menos vontade do sexo, o corpo dela muda.^{E33}

Muda, o desejo sexual, a excitação, muda prá pior, diminui o desejo...^{E293}

Tem aquele calorzinho, aquele calor enjoado, tem a secura na vagina, o apetite sexual muda um pouquinho, não é a mesma coisa, não perde totalmente, mas muda.^{E14}

Eu só senti assim, medo de envelhecer, só isso... Por causa dos hormônios a pele fica seca, tenho medo de murchar.^{E34}

O medo que muitas mulheres apresentam ao chegar nessa etapa e serem rotuladas pejorativamente como menopáusicas ou climatéricas, correlacionando de forma controversa com determinadas características, como “mal-humorada”, “histérica”, “irritável” e “deprimida”. O sentimento de medo é agravado em sociedades como a nossa, nas quais a juventude e a capacidade reprodutiva são mais valorizadas que a experiência e outros atributos femininos. Nesse sentido, o estudo de Santos et al. (2014) também vem afirmar que, dentro dos nossos padrões culturais, o desempenho da feminilidade está vinculado à satisfação do parceiro e à capacidade de ter filhos.

Quando questionadas sobre o que *compreendiam por menopausa*, a maioria das mulheres a associavam com doença. Observou-se também verbalizações sobre a não associação - “[...] Não acredito que seja doença, calor eu sinto, mas o normal [...]” -, apesar de apresentarem sintomas severos (MRS). A mulher climatérica defronta-se, de forma secundária ao seu envelhecimento, com a perda do desejo sexual e com a resignificação de sua sexualidade. A problemática da transição climatérica pode residir nessa identificação do signo mulher enquanto objeto da procriação e da incapacidade de transcender a metamorfose física (*novo corpo*) para uma nova esfera psicossocial (FERNANDES; GARCIA, 2010; FERREIRA et al., 2015).

Observou-se desconhecimento- “Não entendo nada” -, dúvidas sobre *estar* ou *não estar* na menopausa, ou uma aparente dificuldade de enfrentamento dos sinais/sintomas perturbadores e incompreendidos da transição climatérica (LAZNIK, 2012). A falta de informação pode estar relacionada a baixa renda e nível de escolaridade, frequência irregular nas consultas ginecológicas e idade (ARANHA et

al., 2004). As mulheres sergipanas expressam também “Não ter coragem de perguntar aos médicos” ou “os médicos nunca perguntaram nada” sobre tratamentos na menopausa, sugerindo que estes profissionais podem não ter tempo suficiente para o cuidado ou não estar dispostos a esclarecer/discutir dúvidas, deixando-as mais inseguras e confusas. Estudo qualitativo no Irã já havia demonstrado a necessidade de espaços de diálogos/informações para que as mulheres compreendam suas transformações corporais e estabeleçam uma atitude neutra em relação à menopausa (HAKIMI et al., 20016). Apesar dos entraves na comunicação mulher-médico, no entanto, há inserção das políticas de práticas integrativas e complementares (BRASIL, 2016) com a indicação de chás de amoras e *coisas naturais*.

Algumas mulheres relacionam o climatério à velhice e a concepções de reprodução biológica, reproduzindo todas as significações negativas (preconceitos, mitos, medos) circulantes no imaginário da população (VALENÇA; GERMANO, 2010).

É uma fase da vida que começa e tem que aceitar a melhor idade, a velhice... Já sou velha, sou vovó de dois netos, sou velha assim.^{E57}

Menopausa, eu acredito assim, que como nós somos uma árvore, a árvore dá um fruto naquela determinada estação né? e quando ela vai envelhecendo ela já fica fraca e não dá mais frutos, não dar mais nada, não serve pra mais nada!^{E254}

A menopausa é quando você termina de procriar, quando a gente não procria mais, tudo na vida tem uma época né? aí quando você é jovem, vai estar bem bonita. Você vai procriar e depois que você está na menopausa acabou-se, acabou tudo. Não acabou relacionamento, mas acabou os seus frutos, o que tinha que dar, já deu...^{E34}

Os sentimentos positivos e libertários sobre a menopausa expressados, “É bom porque fica livre de menstruação” / “dá mais liberdade”, refletem, em alguns casos, vivacidade, resiliência e novas/antigas (re)descobertas corporais e sexuais (2).

Olhe, eu sempre fui ativa na mente... eu sempre tive do jeito que eu pensava em sexo quando era jovem...meu pensamento é a mesma coisa e meu corpo é a mesma coisa. A questão é parceiro. Eu nunca senti prazer com meu marido... Depois que eu fui numa médica, aí ela passou um creme vaginal daqueles tubos... coloquei em mim e senti uma sensação que eu não sentia antes e eu comprei uns livros que dizia como se masturbar. Então eu fiquei nessa (...) Aí arranjei um namorado quando meu marido morreu... ele fazia sexo, era mais bonito, diferente, mas ele também não

deixava eu sentir prazer....Até hoje, meu prazer é sempre sozinha. Eu me masturbo e eu sinto prazer sozinha. ...E eu fico morrendo de vontade. Até hoje a mesma coisa, minha vagina é a mesma coisa, lubrificada do mesmo jeito.^{E269}

A disfunção sexual foi detectada de forma importante nas mulheres menopausadas (52,3%) e pré-menopausadas (37,7%), com uma probabilidade quase 2X maior nas primeiras (OR = 1,81; p = 0,03; $1,07 \leq \mu \leq 3,06$), podendo ser desencadeada por fatores hormonais e psicossociais, problemas familiares ou dificuldades sexuais do parceiro (PAKPOUR, et al., 2012). Estudo anterior em Sergipe (PRADO et al., 2010) já apontava 21,9% de disfunção sexual em mulheres jovens expostas a fatores estressores laborais (ambiente, carreira e competição).

Estudos latino-americanos (CABRAL et al., 2012; FIGUEROA et al., 2009) têm divulgado prevalências de disfunção sexual mais altas, mas ela sempre exerce algum impacto negativo no bem viver e relações interpessoais das mulheres, uma vez que a baixa função sexual aumenta significativamente com a idade de forma desconcertante e angustiante ao causar alterações no desejo e na excitação. As mulheres menopausadas sergipanas têm mais idade, sentem menos desejo/excitação/satisfação, têm menos lubrificação e mais dor durante o sexo. Estas dificuldades sexuais estão associadas a idade feminina >45 anos e relacionada a diversas alterações fisiológicas (IBRAHIM et al., 2013).

O instrumento FSFI foi eficiente no rastreio precoce de dificuldades sexuais que devem ser posteriormente avaliadas de forma clínica. Pôde-se observar uma melhor função sexual em mulheres com uma *menopausa mais leve*, enquanto a disfunção sexual foi mais frequente entre mulheres com sintomas severos recorrentes na menopausa ou pré-menopausa (61,3%). O rastreio qualitativo identificou ainda questões de relacionamentos interpessoais e falta de interesse/desejo sexual influenciando a função sexual, mas não uma relação direta com o *envelhecer* dos parceiros sexuais.

5.2 Estudo 2 - Sexualidade e Imagem Corporal em Mulheres Climatéricas

Os instrumentos de coleta de dados foram aplicados, no interior do Consultório Ginecológico Obstétrico, a um grupo de 417 mulheres com idade média de $50,36 \pm 5,9$ anos. Estas mulheres são casadas (42,2%), católicas (60,4%), pardas (63,0%), responsáveis pelo sustento financeiro dos lares (67,4%) com renda mensal de 01 salário mínimo (49,3%), e têm nível educacional fundamental incompleto (38,9%) (Tabela 7).

Tabela 7 - Perfil sociodemográfico das mulheres participantes da pesquisa, usuárias das USFs Referência em Saúde da Mulher de Aracaju/Sergipe, 2017.

Dados Sociodemograficos	N	%
Estado Civil		
Casada	176	42,2
Solteira	126	30,2
Separada/Divorciada	45	10,8
União Estável	41	9,8
Viúva	29	7,0
Mantenedora do Lar		
Não	134	32,1
Sim	283	67,9
Religião		
Não	25	6,0
Sim	392	94,0
Tipo de religião		
Católica	252	64,3
Evangélica	117	29,8
Espirita	11	2,8
Umbandista	2	0,5
Mórmon	1	0,3
Não Especificada	9	2,3
Renda Mensal		
<1 SM	65	15,6
1 SM	204	48,9
2-3 SM	130	31,2
4-5 SM	10	2,4
>5 SM	5	1,2
Não Informada	3	0,7
Cor Autodeclarada		
Parda	262	62,8
Negra	75	18,0
Branca	60	14,4
Amarela	15	3,6
Indígena	4	1,0
Não Informado	1	0,2
Nível de Escolaridade		
Sem Escolaridade	22	5,3
Ensino Fundamental Incompleto	161	38,6
Ensino Fundamental Completo	55	13,2
Ensino Médio Incompleto	25	6,0
Ensino Médio Completo	128	30,7
Ensino Superior Incompleto	8	1,9
Ensino Superior Completo	13	3,1
Pós-graduação	2	0,5
Não Informado	3	0,7

Aproximadamente 60% das mulheres na menopausa relataram alterações vaginais, no entanto não houve diferença significativa em relação às mulheres não estavam na menopausa (Tabela 8). Afirmaram ainda que a vagina *já não se encontrava mais como antes* e o ressecamento vaginal foi a alteração mais citada, seguida da ardência. Apesar da maioria se referir a apenas uma alteração, 42,5% das mulheres reportara duas ou mais alterações concomitantes (Figura 6)

Tabela 8- Alterações da vagina das mulheres participantes da pesquisa, usuárias das USFs Referência em Saúde da Mulher de Aracaju/Sergipe, 2017.

Alterações da vagina	Menopausa	Não Menopausa	P
Sem alterações	96	90	0,0655
Com alterações	140	91	
Tipos de Alterações*	N	%	
Ressecamento	159	38,1	
Ardência	71	17,0	
Coceira	47	11,3	
Dor	44	10,6	
Corrimento	43	10,3	
Sangramento	15	3,6	

*As mulheres podem ter referido mais de uma alteração vaginal.

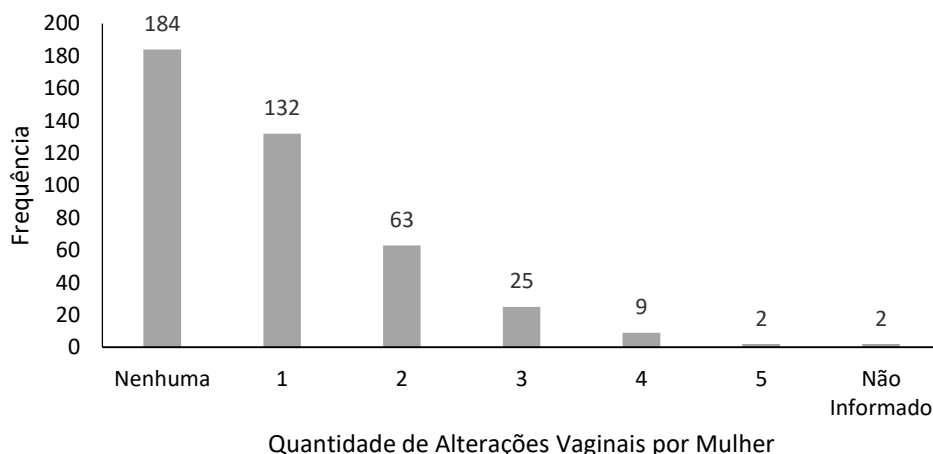


Figura 6 – Quantidade de alterações vaginais das mulheres participantes da pesquisa, usuárias das USF Referência em Saúde da Mulher de Aracaju/Sergipe, 2017.

Com relação a própria percepção sexual, a maioria 99,3%, das mulheres relataram ser heterossexuais (99,3%) e com frequência de relações sexuais semanais da ordem de aproximadamente 60%. Dentre as mulheres ativas

sexualmente 26,9% relataram que tinham 2 relações sexuais semanais, 25,7% 1 vez por semana e 21,2% acima de 2 vezes, 55,5% estavam satisfeitas com quantidade, 49,4% sentiam prazer, 95,2% gostavam de ter relações sexuais, 81,9% demoravam mais do que o parceiro para sentir prazer (Tabela 9).

Tabela 9- Aspectos da Sexualidade das mulheres participantes da pesquisa, usuárias das USFs Referência em Saúde da Mulher de Aracaju/Sergipe, 2017.

Aspectos da Sexualidade	N	%
Orientação Sexual		
Heterossexual	414	99,3
Homossexual	3	7,0
Mantém relação sexual		
Não	172	41,2
Sim	245	58,8
Frequência de Relações Sexuais		
Semanal		
1 vez	63	25,7
2 vezes	66	26,9
3 vezes	30	12,2
4 vezes	12	4,9
5 vezes	1	0,4
>5 vezes	9	3,7
Mensal		
1 vez	21	8,6
2 vezes	20	8,2
3 vezes	2	0,8
4 vezes	1	0,4
Anual		
1 vez	1	0,4
2 vezes	2	0,8
Não informou a quantidade	17	6,9
Satisfação na quantidade de relações		
Sempre	136	55,5
A maioria das vezes	58	23,7
Raramente	29	11,8
Nunca	22	9,0
Prazer na relação sexual		
Sempre	121	49,4
A maioria das vezes	60	24,4
Raramente	47	19,2
Nunca	17	6,9
Não gosta de ter relações sexuais		
Sim	20	4,8
Não	395	95,2
Demora mais que o parceiro a sentir prazer		
Sim	340	81,9
Não	75	18,1

Ao relacionar as alterações vaginais das participantes que tem vida sexual ativa e outros aspectos da sexualidade, foi observado que as mulheres menopausadas mantém relações sexuais com menor frequência (49,2%) apresentam mais ressecamento vaginal (47%), e atividade sexual nas últimas quatro semanas

(46,2%) significativamente menor do que as não menopausadas ($p < 0,001$) (Tabela 10).

Tabela 10- Associações entre Alterações Vaginais e Aspectos da Sexualidade, entre mulheres na menopausa e não menopausa, usuárias das USFs Referência em Saúde da Mulher de Aracaju/Sergipe, 2017.

	MENOPAUSA				p-valor
	Sim		Não		
	N	%	N	%	
Mantém Relação Sexual	116	49,2	129	71,3	<0,001
Não Mantém Relação Sexual	120	50,8	52	28,7	
Satisfação da Frequência					
Sempre	108	48,9	93	53,8	0,470
Na maioria das vezes	49	22,2	41	23,7	
Raramente	30	13,6	21	12,1	
Nunca	34	15,4	18	10,4	
Prazer na Relação Sexual					
Sempre	110	48,0	100	55,6	0,469
Na maioria das vezes	61	26,6	43	23,9	
Raramente	37	16,2	25	13,9	
Nunca	21	9,2	12	6,7	
Alterações Vaginais					
Sem alterações	96	41,5	88	48,6	0,145
Com alterações	138	58,5	93	51,4	
Ressecamento	110	47,0	49	27,1	<0,001
Ardência	44	18,8	27	14,9	
Corrimento	24	10,3	19	10,5	
Coceira	26	11,1	21	11,6	
Dor	19	8,1	25	13,8	
Sangramento	5	2,1	10	5,5	
Gosta de relações sexuais	14	6,0	6	3,3	
Demora mais que o parceiro a sentir prazer	40	17,1	35	19,3	
Atividade Sexual (ultimas 4 semanas)					
Com atividade sexual	109	46,2	122	67,4	<0,001
Sem atividade sexual	127	53,8	59	32,6	

Teste Exato de Fisher.

A análise dos hábitos de vida das mulheres estudadas revelou que 55,9% não realizavam nenhum tipo de atividade física, dentre as que realizavam 82,2% praticavam caminhada com frequência de 3 vezes por semana. No entanto, não houve diferença significativa entre as médias dos BSQ das mulheres que praticavam atividade física (76,55) e as que não praticavam (77,13) ($p=0,855$). A maioria relatou não usar *drogas lícitas*, tais como bebida alcoólica (82,3%) e tabaco (91,6%) (Tabela11).

Tabela 11- Hábitos de Vida das mulheres participantes da pesquisa, usuárias das USFs Referência em Saúde da Mulher de Aracaju/Sergipe, 2017.

Variáveis dos Hábitos de Vida	N	%
Realiza Atividade Física		
Não	233	55,9
Sim	184	44,1
Tipo de Atividade Física		
Caminhada	151	82,2
Academia	19	10,3
Exercícios/Casa	10	5,4
Pilates	2	1,1
Yoga	1	0,5
Hidroginástica	1	0,5
Uso de Álcool		
Não	343	82,3
Sim	74	17,7
Fumante		
Não	382	91,6
Sim	35	8,4
Ingestão de Fibras		
Não	48	11,3
Sim	369	88,7
Ingestão de Gorduras		
Não	190	45,4
Sim	227	54,6

Ao comparar as variáveis dos hábitos de vida entre o grupo de mulheres na menopausa com as não menopausas, percebeu-se que não houve associação significativa entre atividade física, uso de tabaco, ingestão de fibras e ingestão de gorduras. A exceção foi a variável uso de álcool, em que mulheres na menopausa consumiam menos bebidas alcoólicas em relação as não menopausadas ($p < 0,001$) (Tabela 12).

Tabela 12- Associação entre hábitos de vida das mulheres na menopausa e não menopausa, usuárias de USFs Referência em Saúde da Mulher de Aracaju/Sergipe, 2017.

	MENOPAUSA				p-valor
	Sim		Não		
	N	%	N	%	
Realiza Ativ. Física	109	46,2	75	41,4	0,333
Uso de Álcool	31	13,1	43	23,8	<0,001
Fumante	20	8,5	15	8,3	0,945
Ingestão de Fibras	213	90,6	156	86,2	0,155
Ingestão de Gorduras	121	51,5	106	58,6	0,151

Teste Exato de Fisher

A classificação de Imagem corporal das mulheres estudadas revelou que 78,9% eram insatisfeitas com sua imagem, dentre as quais a maioria (93,6%) tinha o

desejo de ser mais magra. O grau de insatisfação corporal, mensurado pelo Questionário de Imagem Corporal (BSQ), foi de 58,3% (Tabela 12).

Tabela 13- Autoimagem corporal das mulheres participantes da pesquisa, usuárias das USFs Referência em Saúde da Mulher de Aracaju/Sergipe, 2017.

Autopercepção de Imagem Corporal	N	%
Classificação-Escala de Silhuetas		
Insatisfeita	329	78,9
Satisfeita	88	21,1
Grau de Insatisfação-Escala de Silhuetas		
Ser mais magra	308	93,6
Ser mais gorda	21	6,4
Grau de Insatisfação-BSQ		
Ausência de Insatisfação	243	58,3
Insatisfação Leve	108	25,9
Insatisfação Moderada	49	11,8
Insatisfação Grave	17	4,1

De acordo com a classificação do IMC 74% das mulheres estavam com sobrepeso ou acima disso, em que 38,8% com sobrepeso, 25,4% eutróficas, 21,1% obesidade I, 7,9% obesidade II, 3,8 % obesidade III, 1,0% baixo peso, 5,0% Desnutrição moderada.

Ao associar as variáveis de autopercepção corporal entre as mulheres na menopausa e não menopausadas, percebeu-se que não houve significância estatística entre imagem corporal, grau de insatisfação, classificação do Body Shape Questionnaire (BSQ) e IMC (Tabela 14).

Tabela 14- Avaliação da autoimagem corporal, Classificação do IMC e BSQ de mulheres na menopausa e não menopausa, usuárias de USFs Referência em Saúde da Mulher de Aracaju/Sergipe, 2017.

	MENOPAUSA				p-valor
	Sim		Não		
	N	%	N	%	
Classificação. Imagem Corporal					
Satisfeita	52	22,0	36	19,9	0,595
Insatisfeita	184	78,0	145	80,1	
Grau de Insatisfação					
Diminuir o tamanho do corpo	175	95,1	133	91,7	0,212
Aumentar o tamanho do corpo	9	4,9	12	8,3	
Classificação BSQ					
Ausência de Insatisfação	136	57,6	107	59,1	0,699
Insatisfação Corporal Leve	64	27,1	44	24,3	
Insatisfação Corporal Moderada	25	10,6	24	13,3	
Insatisfação Corporal Grave	11	4,7	6	3,3	
Classificação do IMC					
Desnutrição Moderada	1	4	1	,6	0,745
Baixo Peso	1	4	3	1,7	
Eutrófico	60	25,4	46	25,4	
Sobrepeso	93	39,4	69	38,1	
Pré-obesidade	3	1,3	3	1,7	
Obesidade I	54	22,9	34	18,8	
Obesidade II	15	6,4	18	9,9	
Obesidade III	9	3,8	7	3,9	

Teste Exato de Fisher

BSQ - Body Shape Questionnaire

Na tabela 15 estão distribuídos os valores médios dos escores do BSQ comparando não gostar de relações sexuais, alterações vaginais e prazer sexual. As alterações das médias do BSQ são significativamente maiores nas mulheres que apresentam alterações vaginais e que não sentem prazer nas relações sexuais.

Tabela 15- Associação entre os valores dos escores médios do Body Shape Questionnaire (BSQ) com aspectos relacionados à sexualidade das mulheres na menopausa e não menopausa, usuárias das USFs Referência em Saúde da Mulher de Aracaju/Sergipe, 2017.

	BSQ		p-valor
	Sim	Não	
Gosta de Relações Sexuais	88,65	76,29	0,091229
Alterações Vaginais	80,53	72,33	0,008914
Prazer nas Relações Sexuais	76,29	106,00	0,000338

ANOVA; Pos Hoc Teste de Tukey

Na Tabela 16 foram analisadas as associações entre a imagem corporal (BSQ) e aspectos da sexualidade. Não foi possível identificar associação entre a imagem corporal e manter relação sexual, satisfação da frequência, alterações vaginais, não gostar de ter relações sexuais, demorar mais que o parceiro a sentir prazer e ser sexualmente ativa ($p > 0,05$). Contudo, quando analisada as variáveis

prazer na relação sexual e imagem corporal identificou-se uma relação significativa ($p=0,002$). As mulheres que apresentam uma insatisfação grave com a imagem corporal apresentam menor índice de prazer nas relações em 35,3% dos casos.

Tabela 16- Associação entre a classificação do Body Shape Questionnaire (BSQ) com aspectos relacionados à sexualidade das mulheres na menopausa e não menopausa, usuárias das USFs Referência em Saúde da Mulher de Aracaju/Sergipe, 2017.

	CLASSIFICAÇÃO DO BSQ				p-valor
	Ausência de Insatisfação N (%)	Insatisfação Corporal N (%)			
		Leve	Moderada	Grave	
Mantém Relação Sexual					
Sim	138 (56,8)	64 (59,3)	30 (61,2)	13 (76,5)	0,436
Não	105 (43,2)	44 (40,7)	19 (38,8)	4 (23,5)	
Satisfação da Frequência					
Sempre	124 (53,7)	49 (49,5)	19 (40,4)	9 (52,9)	0,266
Na maioria das vezes	54 (23,4)	19 (19,2)	15 (31,9)	2 (11,8)	
Raramente	27 (11,7)	17 (17,2)	6 (12,8)	1 (5,9)	
Nunca	26 (11,3)	14 (14,1)	7 (14,9)	5 (29,4)	
Prazer na Relação Sexual					
Sempre	126 (52,3)	58 (56,9)	21 (42,9)	5 (29,4)	0,002
Na maioria das vezes	64 (26,6)	24 (23,5)	15 (30,6)	1 (5,9)	
Raramente	35 (14,5)	13 (12,7)	9 (18,4)	5 (29,4)	
Nunca	16 (6,6)	7 (6,9)	4 (8,2)	6 (35,3)	
Alterações da Vagina					
Sem Alterações	114 (47,1)	44 (41,1)	19 (38,8)	8 (47,1)	0,603
Com Alterações	128 (52,9)	63 (58,9)	30 (61,2)	9 (52,9)	
Ressecamento					
Sim	91 (37,6)	39 (36,4)	19 (38,8)	10 (58,8)	0,356
Não	151 (62,4)	68 (63,6)	30 (61,2)	7 (41,2)	
Ardência					
Sim	39 (16,1)	20 (18,7)	9 (18,4)	3 (17,6)	0,937
Não	203 (83,9)	87 (81,3)	40 (81,6)	14 (82,4)	
Corrimento					
Sim	26 (10,7)	10 (9,3)	7 (14,3)	0 (0)	0,402
Não	216 (89,3)	97 (90,7)	42 (85,7)	17 (100)	
Coceira					
Sim	24 (9,9)	14 (13,1)	6 (12,2)	3 (17,6)	0,677
Não	218 (90,1)	93 (86,9)	43 (87,8)	14 (82,4)	
Dor					
Sim	19 (7,9)	15 (14)	9 (18,4)	1 (5,9)	0,080
Não	223 (92,1)	92 (86)	40 (81,6)	16 (94,1)	
Sangramento					
Sim	8 (3,3)	3 (2,8)	4 (8,2)	0 (0)	0,282
Não	234 (96,7)	104 (97,2)	45 (91,8)	17 (100)	
Gosta de Ter Relações Sexuais					
Sim	10 (4,1)	5 (4,7)	2 (4,1)	3 (17,6)	0,093
Não	232 (95,9)	102 (95,3)	47 (95,9)	14 (82,4)	
Demora mais que o parceiro a Sentir Prazer					
Sim	39 (16,1)	20 (18,7)	9 (18,4)	7 (41,2)	0,079
Não	203 (83,9)	87 (81,3)	40 (81,6)	10 (58,8)	
Ativ. Sexual (últimas 4 semanas)					
Com atividade sexual	130 (53,5)	61 (56,5)	27 (55,1)	13 (76,5)	0,326
Sem atividade sexual	113 (46,5)	47 (43,5)	22 (44,9)	4 (23,5)	

5.2.1 Discussões e Reflexões acerca da Sexualidade e Imagem Corporal em Mulheres Climatéricas

A idade média das mulheres no climatério em Sergipe foi de $50,4 \pm 5,9$ anos, a qual encontra consonância com o estudo de Maia et al. (2011) sobre autopercepção corporal de 165 mulheres brasileiras de meia idade entre 41-60 que apresentaram média de idade $50,6 \pm 6,2$ anos. Uma vez que a expectativa de vida da população mundial tem aumentado e as mulheres têm vivido mais tempo no período de transição menopausal e principalmente na pós-menopausa, é importante estudar e entender os aspectos da sexualidade nesse subgrupo da população, já que fatores fisiológicos e psicossociais, que sofrem modificações com o envelhecimento, podem influenciar diretamente na auto-estima e percepção corporal.

A frequência de sobrepeso e obesidade na população estudada foi de 74%, sendo a média total do IMC de $28,7 \text{ kg/m}^2$ (DP = 5,45), valores similares ao relatado por outros autores tanto da frequência como do IMC. (THEODORO et al., 2012; GALLON; WENDER, 2012; MARTINAZZO et al., 2013). Na cidade de Passo Fundo-RS, estudo com 298 mulheres climatéricas revelou que o excesso de peso chega ao redor de 68,3%, com IMC médio de $28,3 \text{ kg/m}^2$ (DP = 7,0) (COLPANI et al., 2014), valor este próximo aos observados em um grupo de 611 mulheres na cidade de Caxias do Sul, com IMC médio de $27,4 \text{ kg/m}^2$ (LORENZI et al., 2005). Pesquisa realizada com mulheres brasileiras revelou que 64,9% apresentam algum grau de excesso de peso, o que confirma a grandeza deste problema na população feminina (IBGE, 2010b).

Nesse estudo as mulheres na menopausa consumiam menos bebidas alcoólicas em relação as não menopausadas. Não houve diferença estatística entre os dois grupos no que diz respeito à obesidade. Cabe salientar que a maioria das participantes da pesquisa (74%) estavam com sobrepeso ou com obesidade de acordo com a classificação do IMC. Como esse fator não está com alto consumo de álcool as mulheres desse estudo apresentam menor risco de contrair doenças hepáticas e outras morbidades. Os resultados encontrados na literatura são opostos ao desse estudo, uma pesquisa realizada no Reino Unido com mulheres na menopausa e pós-menopausa, demonstrou que aquelas que estivessem com sobrepeso ou obesidade e que ingeriam mais de 20 doses por semana de bebida

alcoólica tinham maior risco de adquirir doença hepática e outras patologias (TREMBLING et al., 2017).

Dados do manual de vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (BRASIL, 2011) demonstraram que o excesso de peso tem aumentado na população feminina e que a maior prevalência se encontra na faixa de 45 a 54 e 55 e 64 anos, com 55,9% e 60,9%, respectivamente. Resultados semelhantes a este estudo, em que 38,8% das mulheres estavam com sobrepeso (IMC), comprovaram que a obesidade tem aumentado na população feminina (LORENZI et al., 2005; IBGE, 2010; GIOLO et al., 2012).

Segundo a literatura, em mulheres de idade entre 40-60 anos como nesse estudo, o sobrepeso e a obesidade são fatores de riscos relevantes no desenvolvimento de doenças crônicas como a síndrome metabólica (MAHARLOUEI et al., 2013). Diante desse cenário, pode-se constatar que o envelhecimento pode exercer forte influência para o desenvolvimento da obesidade em decorrência da queda hormonal que leva a diminuição do gasto energético. Ao associar essa alteração a fatores externos como hábitos alimentares inadequados e sedentarismo, mulheres na meia idade podem ter um ganho ponderal de peso em média de 2 kg/ano ao longo de três anos (POLOTSKY, 2010).

Ao correlacionar os valores médios do BSQ com a prática de atividade física, gostar de relações sexuais, alterações vaginais e prazer sexual, identificou-se que a soma dos escores médios foram maiores em mulheres que apresentaram alterações vaginais e as que não sentiam prazer sexual. Entretanto, ao comparar os escores do BSQ com atividade física e desempenho sexual, percebeu-se ausência de significância estatística, de maneira semelhante a outro estudo realizado com 64 mulheres sexualmente ativas avaliadas no Ambulatório de Obesidade da Faculdade de Medicina, Endocrinologia e Metabolismo de Cerrahpasa na Turquia (KADIOGLU et al., 2010). Por outro lado, outras pesquisas demonstraram associação entre esses fatores relacionando-a principalmente à autopercepção de atratividade física o que não ocorreu nesse estudo (CASTRO et al., 2014; SHAHHOSSEINI et al., 2014).

A chegada do climatério vem acompanhada do envelhecimento físico e, muitas vezes, do ganho de peso, assim como no presente estudo, no qual a maioria das mulheres estavam insatisfeitas com seu perfil corpóreo e gostariam de ser mais magras. Em contraposição aos resultados apresentados, outros estudos mostram que a obesidade muda a autoestima das mulheres criando uma imagem negativa do

corpo, comprometendo a satisfação sexual. Além disso, esta visão pode fazer com que a mulher tenha a impressão de que seu poder de sedução se perdeu (SHAHHOSSEINI et al., 2014; CÂMARA et al., 2014).

Os dados deste estudo demonstraram que metade das mulheres (54,6%) relataram que faziam ingestão de algum tipo de gordura o que pode ter desencadeado o excesso de peso, a explicação para tal fato pode estar relacionada à tendência crescente de substituição de alimentos tradicionais na dieta brasileira (como arroz, feijão e hortaliças) por bebidas e alimentos industrializados, implicando aumento na densidade energética e padrões de alimentação capazes de comprometer o equilíbrio energético e aumentar o risco de obesidade nessa população. (GONÇALVES et al., 2016).

As participantes dessa pesquisa relataram que sentiam prazer e estavam satisfeitas com a frequência de relações sexuais com seus parceiros. Entretanto, um estudo realizado no Rio Grande do Sul demonstrou que apesar do impacto dos sintomas climatéricos afetar a qualidade de vida da mulher e na sexualidade, as queixas sexuais podem ocorrer durante toda vida reprodutiva não tendo período específico para tal fato, isso explica o porquê as mulheres deste estudo conseguiam sentir prazer e satisfação sexual. A sexualidade humana, sofre influências de fatores psicológicos, sociais e culturais. Assim, se algum aspecto, seja de ordem física ou emocional, se encontra em desajuste, há interferência na sexualidade feminina, porém, a passagem da etapa reprodutiva para a etapa não reprodutiva, apesar de ser objeto de inúmeras pesquisas, ainda é permeada de credices e tabus no que se refere às percepções e aos significados culturais e sociais (BRASIL, 2013; CARDOSO; CAMARGO, 2015, SKOPINSKI et al., 2015).

Queixas físicas e emocionais vivenciadas pelas mulheres desse estudo durante o climatério, em que eram insatisfeitas com sua imagem (78,9%), tinham o desejo de serem mais magras (93,3%) e não praticavam atividade física (55,9%), podem ser resultantes do acúmulo de responsabilidades da mulher moderna. Preocupações com as tarefas domésticas, maternas e esposa, somado às atividades laborativas fora do lar, são fatores que levam ao cansaço e estresse, interferindo, de modo negativo no exercício da sexualidade (BERNI et al., 2012).

Nesse estudo, aproximadamente metade das mulheres (55,4%) relataram que a vagina sofreu alterações, tornando-se mais ressecada, o que pode influenciar negativamente na vida sexual, diminuindo o desejo sexual. De acordo com a

literatura, a maioria das mulheres durante o climatério referem sintomas vasomotores, psicológicos e urogenitais nos anos que seguem à menopausa e esses sintomas podem interferir na vida sexual da mulher. O hipoenstrogenismo no climatério está diretamente associado com alguns sintomas, tais como: ondas de calor, sudorese noturna, secura vaginal, enfraquecimento da musculatura do assoalho pélvico, dispareunia, insônia, alterações de humor e depressão (CABRAL, et al., 2012).

Observou-se nessa pesquisa que as mulheres menopausadas mantinham menos relações sexuais, apresentavam mais ressecamento vaginal, e atividade sexual nas últimas quatro semanas significativamente menor do que as não menopausadas. Em um estudo realizado com mulheres acima de 35 anos atendidas no Ambulatório de Ginecologia do Hospital Central da Santa Casa em São identificou-se que metade das mulheres estudadas também relataram redução da frequência sexual e aumento do ressecamento vaginal (BRADAN et al., 2007).

Apesar desse estudo demonstrar que as mulheres menopausadas tinham frequência sexuais menores, isso não implica na diminuição do prazer e da satisfação sexual. A lubrificação vaginal passou a ocorrer de forma mais lenta e menos intensa, mas por meio de estímulo adequado e utilização de lubrificantes artificiais, a resposta sexual pode torna-se satisfatória. Nos estudos realizados por Lorenzi e Saciloto (2006) foi observado que das 206 mulheres pesquisadas, 176 (85%) eram sexualmente ativas. Cerca de 60,6% relataram diminuição da atividade sexual após a menopausa.

No geral, os resultados demonstraram uma forte associação entre aspectos sexuais e insatisfação corporal. Para as mulheres, a diminuição do prazer sexual, a incapacidade de chegar ao orgasmo, a dor física durante a relação sexual devido ao ressecamento vaginal, foram individualmente associados a uma menor probabilidade de prazer sexual. Um estudo realizado com mulheres na Austrália de base populacional, demonstrou que no geral não houve associação do IMC com dificuldades sexuais em mulheres. As exceções foram que as mulheres que estavam com sobrepeso ou obesas eram mais propensas a relatar que se preocupavam durante o sexo com a beleza de seus corpos. Isso não é surpreendente, dadas as associações relatadas entre má imagem corporal e obesidade (SMITH et al., 2011).

6 CONCLUSÕES

A maioria das participantes entende menopausa relacionando-a aos seus sinais e sintomas característicos. Houveram verbalizações que não a associavam a doença, apesar de apresentarem sintomas severos (MRS). Outras relataram não ter conhecimento e tinham dúvidas sobre estar ou não estar na menopausa. Algumas mulheres a relacionaram à velhice e às concepções de fertilidade biológica, reproduzindo as significações negativas (preconceitos, mitos, medos) circulantes do imaginário popular. De acordo com a classificação dos sinais e sintomas vivenciados, apresentaram sintomatologia severa. Entre os prevalentes os mais relevantes foram a falta de ar, suores e calores (domínio somatovegetativos) e a ansiedade (dimensão psicológica). Aproximadamente metade das mulheres sexualmente ativas apresenta disfunção sexual de acordo com o FSFI, mas isso não determina o fim da vida sexual, uma vez que mais da metade (58,7) relatou que ter vida sexual ativa. Entre as mulheres que não mantinham relações sexuais os principais motivos foram “*Não ter parceiro*” (26,2%) seguido de “*falta de interesse/desejo*” (22,1%). Com relação à autoimagem corporal, as participantes demonstraram estar insatisfeitas com suas silhuetas, almejando querer serem mais magras. Entretanto, as mulheres que apresentam uma insatisfação grave, de acordo com a classificação do BSQ, apresentaram menor índice de prazer nas relações sexuais em 35,3% dos casos.

Os resultados apontam a demanda por implementação de estratégias de atenção psicossocial com foco em aspectos psicoemocionais e sexuais das mulheres climatéricas em face de suas singularidades e associações. Elas, apresentam sintomas severos, mas nada, tanto na história clínica como nos relatos, que se configure em patologias. Muitas dúvidas que elas apresentam podem ser sanadas com um trabalho educativo mediante informações qualificadas, para melhor compreensão das transformações inerentes ao climatério/menopausa, e do processo de envelhecimento com qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

ABESO, Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. Diretrizes Brasileiras de Obesidade. 4. ed. 2016.

ALVES, E. R. P.; COSTA, A. M.; BEZERRA, SILVA, S. M. M.; NAKANO, A. M. S.; CAVALCANTI, A. M. T. S.; DIAS, M. D. Climatério: A Intensidade dos Sintomas e o Desempenho Sexual. *Text Cont Enferm* 2015; 24 (1): 64-71.

ALIDE, M. S.; PARAVIC, T. K.; OMAR, A. BARRIGA. Percepción de las mujeres y sus parejas sobre la calidad de vida en el climatério. *Rev Chil Obstet ginecol* 2011; 76 (2): 64-70.

AMBLER, D.R; BIEBER, E.J; DIAMANTE, M.P. Sexual Function in Elderly Women: A Review of Current Literature. *Reviews Obstet Gynecol* 2012; 5 (1): 16-27.

ARACAJU, Secretaria Municipal de Saúde. Relatórios das Unidades da Atenção Primária em Saúde. 2015.

ARANHA, R.N.; FAERSTEIN, E.; AZEVEDO, G.M. et al. Análise de correspondência para avaliação do perfil de mulheres na pós-menopausa e o uso da terapia de reposição hormonal. *Cad. Saúde Pub* [online] 2004 Feb [citado 2018 Mar 21]; 20 (1): 100-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2004000100024&script=sci_abstract&tlng=pt.

ARAÚJO, I.A.; QUEIROZ A.B.; MOURA, M.A.; PENNA, L.H. Representações sociais da vida sexual de mulheres no climatério atendidas em serviços públicos de saúde. *Text Cont Enferm* 2013; 22 (1): 114-22.

ARAÚJO, A. P. S.; BERTOLINI, S. M. M. G.; MARTINS JUNIOR, J. Alterações Morfofisiológicas Decorrentes do Processo de Envelhecimento do Sistema Musculoesquelético e suas Consequências para o Organismo Humano. *Rev Ciênc Biol Saúde* 2014; 12 (4): 22-24.

ATLANTIS, E.; SULLIVAN, T. Bidirectional association between depression and sexual dysfunction: A systematic review and meta-analysis. *The Journ Sexual Med* 2012; 9 (6): 1497-1507.

BADRAN, A.V.; ARAÚJO A.L.L.; NAGAE, D.K.I.; TAKAHASHI, L.R.; FORMÍCOLA, N.R.; MIYAMOTO, W.R.; PRADO, R.A.A. Aspectos da sexualidade na menopausa. *Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo* 2007; 52(2):39-43.

BACHMANN, G.A. Vasomotor flushes in menopausal women. *Am J Obstet Gynecol* 1999; 180 (3 Suppl): p. 312-6.

BARBETTA, P.A. Estatística aplicada às Ciências Sociais. 7a ed. Editora da UFSC, Florianópolis. 2010.

BARDIN, L. Análise de Conteúdo. Tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Edições 70. 2011.

BENER, A.; SALEH N.M; BAKIR, A.; BHUGRA, D. Depression, Anxiety and Stress Symptoms in Menopausal Arab Women: Shedding More Light on a Complex Relationship. *Annals Med Health Sci Res* 2016; 6 (4): 224-231.

BERNI, N. I. O.; LUZ, M. H.; KOHLRAUSCH, S. C. Conhecimento, percepções e assistência à saúde da mulher no climatério. *Rev Bras de Enferm* 2012; v. 60, n. 3, p. 299-306.

BRAUER, M.M.; SMITH, P.G. Estrogen and female reproductive tract innervation: Cellular and molecular mechanisms of autonomic neuroplasticity. *Aut Neurosc Bas Clin* 2015; 187: 1-17.

BRASIL, Ministério da Saúde, Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica: Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. n. 26. Brasília, 2013. p. 300.

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica [Internet]. 2016. [citado 2016 Mai 10]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php>.

CABRAL, P.U.L.; CANÁRIO, A.C.G.; SPYRIDES, M.H.C.; UCHÔA, S.A.C.; ELEUTÉRIO JÚNIOR, J.; GOMES, A.R.L. et al. Influência dos sintomas climatéricos sobre a função sexual de mulheres de meia-idade. *Rev Bras Ginecol Obstet* [online] 2012, Jul [citado 2018 Mar 21]; 34 (7): 329-334. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032012000700007&lng=pt.

CALDAS, C. P.; RENATO, P. V.; MOTTA, L. B.; LIMA, K. C.; KISSE, C. B. S.; TROCADO, C. V.M.; GUERRA, A. C. L. C. Rastreamento do risco de perda funcional: uma estratégia fundamental para a organização da Rede de Atenção ao Idoso. *Ciênc Saúde Colet* 2013; 18 (12): 3495-3506.

CAMARA, C.N.S.; CORREA, H.V.V.; SILVA, S.C.B.; DA SILVA, C.S.A.; SILVA JUNIOR, M.; BRITO, R.S. Life Cycle Comparative Analysis of Sexual Function in Women with Normal and Overweight Body Mass Index. *Creative Education* 2014; 5 (15): 1363-1376.

CASTRO, M.J.A.; MARQUEZ-VEJA, J.; ARTETA-ACOSTA, C. Disfuncion sexual en mujeres climatericas afrodescendientes del Caribe Colombiano. *Rev Latreia* 2014; 27 (1): 31 41.

CASTRO, A. M.; MÉNDEZ L. C. D.; MADRID M. S. Manifestaciones menopaúsicas y calidad de vida en afrocolombianas. Valoración con escala Cervantes. *IATREIA* 2017;30(4): 376-390.

CARDOSO, M. R.; CAMARGO, M. J. G. Percepções sobre as mudanças nas atividades cotidianas e nos papéis ocupacionais de mulheres no climatério. *Cad Ter Ocup UFSCar* 2015; 23 (3):553-569.

- CAVADAS, L. F.; NUNES, A.; PINHEIRO, M.; SILVA, P.T. Abordagem da Menopausa Nos Cuidados de Saúde Primários. *Rev Acta Méd Port* 2010; 7 (23): 227-236.
- COBO, C.M.S. La Imagen corporal em lós ancianos. *Gerokomos* 2012; 23 (1): 15-18.
- COLPANI, V.; SPRITZER, P.M.; LODI, A.P. et al. Atividade física de mulheres no climaterio: comparação entre auto-relato e pedometro. *Rev Saude Publica* 2014; 48 (2): 258-265.
- CONNER, D. A. Quality and cost evaluation of a medical financial assistance program. *The Perman Journ* 2013; 17 (1): 31-37.
- COOPER, P.J.; TAYLOR, M.J.; COOPER, Z.; FAIRBUM, C.G. The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *Int J Eat Disord* 1987; 6 (4): 485-94
- Costa, A.P.D. Metodologia Híbrida de Desenvolvimento Centrado no Utilizador. Portugal: Universidade de Aveiro; 2012.
- DI PIETRO, M.C. Validade Interna, dimensionalidade e desempenho da escala "Body Shape Questionnaire". 2001. Dissertação (Mestrado em Medicina). Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo.
- FABRE, L.F; SMITH, L.C. The effect of major depression on sexual function in women. *The Jour Sexual Med* 2012; 9 (1): 231-239.
- FECHINE, B. R. A.; TROMPIERI, N. O processo de Envelhecimento: as Principais Alterações que Acontecem com o Idoso com o Passar dos Anos. *Rev Cient Intern* 2012; 1 (7): 1-27.
- FERNANDES, M.G.M.; GARCIA, L.G. The aged body: perception and experience of elderly women. *Interface Comunic Saude e Educ* 2010;14 (35): 879-90.
- FERREIRA, I.C.C.; SILVA, S.S.; ALMEIDA, R.S. Menopausa, sinais e sintomas e seus aspectos psicológicos em mulheres sem uso de reposição hormonal. *Ens Cienc Biol Agrar Saúde* 2015; 19 (2): 60-4.
- FREITAS, R. F.; FREITAS, T. F.; VIEIRA, D. R.; ROCHA, N.G.S.; SANTOS, G. S.; REIS, V. M. C. P.; PASSOS B. M. A.; ROCHA, J. S. B. Qualidade de vida de mulheres climatéricas de acordo com o estado menopausal. *Rev Uni Vale do Rio Verde* 2015; 13 (1): 37-47.
- FIGUEROA, J.R.; JARA, A.D.; FUENZALIDA, P.A.; DEL PRADO, A.M.; FLORES, D.; BLUMEL, J.E. Prevalencia de disfunción sexual en mujeres climatéricas. *Rev Med Chile* [online] 2009, Mar [citado 2018 Mar 15]; 137 (3): 345-50. Disponível em: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872009000300004.
- GALLON, C.W.; WENDER, M.C.O. Estado nutricional e qualidade de vida da mulher climaterica. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2012; 34 (4): 175-183.

GONÇALVES, J.T.T.; SILVEIRA, M.F.; CAMPOS, M.C.C.; COSTA, L.H.R. Sobrepeso e obesidade e fatores associados ao climatério. *Ciência & Saúde Coletiva* 2016; 21 (4): 1145-1155.

GUIMARAES, A. C. A.; BAPTISTA, F. Atividade Física Habitual e Qualidade de Vida de Mulheres na Meia-Idade. *Rev Bras Medic Esp* 2011; 17 (5): 305-309.

GIOLO C.F.; DE SOUZA S. R.; IANNETTA, R. et al. Analysis of bone microarchitecture related to anthropometry in climateric women. *Nutr Hosp* 2012; 27 (2): 612-616.

GLISE, K.; AHLBORG, G.J.; JONSDOTTIR, I.H. Course of mental symptoms in patients with stress-related exhaustion: does sex or age make a difference? *BMC Psych* [online] 2012 Mar 12; 12:18. doi: 10.1186/1471-244X-12-18.

HAKIMI, S.; SIMBAR, M.; RAMEZANI, T.F.; ZAIERY, F.; KHATAMI, S. Women's perspectives toward menopause: a phenomenological study in Iran. *J Wom Agi*. [online]. 2016 [citado 2018 Mar 21]; 28 (1): 80-9. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26735699>.

HESS, R.; THURSTON, R.C.; HAYS, R.D.; CHANG, C.C.; DILLON, S.N.; NESS, R.B. The impact of menopause on health-related quality of life: results from the stride longitudinal study. *Qual Life Res* 2012; 21 (3): 535-44.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estatísticas de Gênero. 2010. [acessado em 10 maio 2016]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/>.

IBRAHIM, Z.M; AHMED, M.R; SAYED, W.A. Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction among Egyptian women. *Arch Gynecol Obstet* [online] 2013 [citado 2018 Mar 15]; 287 (6): 1173-80. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00404-012-2677-8>.

JAMALI, S. A. R.; JAVADPOUR, Shohreh. Examining the sexual function and related attitudes among aged women: A cross- sectional study. *Internat Jour Reprod Biomed* 2016; 14 (1): 29-38.

KADIOGLU, P.; YETKIN, D.O.; SANLI, O.; YALIN, A.S.; ONEM, K.; KADIOGLU, A. Obesity might not be a risk factor for female sexual dysfunction. *BJU Int* 2010; 106 (9): 1357-1361.

KUCHEMANN, B.A. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemmas e novos desafios. *Soc. Estado* [online] 2012 [citado 2018 Mar 15]; 27(1). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/se/v27n1/09.pdf>.

LAMPIO, L.; KANTOLA, P. P.; HIMANEN, S. L.; KURKI, S.; HUUPPONEN, E.; JANNE, E. M.; HEINONEN, O. J.; POLO, O.; SAARESANTA, T. Sleep during menopausal transition: A six-year follow-up. *Jour Sleep Res Soc* 2017; 40 (5): 1-32.

LATIF, E.Z.; DIAMOND, M.P. Arriving at the diagnosis of female sexual dysfunction. *Fertil Steril* 2013; 100: 898–904.

LAUMANN, E.O.; PAIK, A.; ROSEN, R.C PAGE, P. Sexual dysfunction in the United States: Prevalence and predictors. *Amer Medic Assoc* 1999; 281 (6): 537–545.

LAZNIK, M.C. O complexo de Jocasta: feminilidade e sexualidade pelo prisma da menopausa. *Estud Psicanal* 2012; 37 (1): 79-92.

LIMA, S.M.R.R.; SILVA H.F.S.; POSTIGO, S.; AOKI, T. Disfunções sexuais femininas: questionários utilizados para avaliação inicial. *Arq Méd* 2010; 55 (4): 1-6.

LORENZI, D.R.S.; BASSO, E.; FAGUNDES, P.O.; SACILOTO, B. Prevalencia de sobrepeso e obesidade no climaterio. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2005; 27 (8): 479-484.

LORENZI, D. R. S.; SACILOTO, B. Freqüência da atividade sexual em mulheres menopausadas. *Rev Assoc Med Bras* 2006; 52 (4): 256-260.

LORENZI, D.R.S.; HERÉDIA, V.B.M.; MARIANI, H.R. Vivências e representações da menopausa em mulheres da região sul do Brasil. *Geriat Gerontol* 2008; 2 (1): 17-24.

LORENZI, D.R.S.; CATAN, L.B.; MOREIRA, K.; ÁRTICO, G.R. Assistência à mulher climatérica: novos paradigmas. *Rev Bras Enferm* 2009; 62 (2): 287-93.

LUIZ FILHO, J.F.; BACCARO, L.F.C.; FERNANDES, T.; CONDE, D.M.; PAIVA, L.C.; PINTO NETO, A.M. Epidemiologia da Menopausa e dos Sintomas Climatéricos em Mulheres de uma Região Metropolitana no Sudeste do Brasil: Inquérito Populacional Domiciliar. *Rev Brasil Ginec Obstet* 2015; 37 (4): 152-8.

MAHARLOUEI, N.; BELLISSIMO, N.; AHMADI, S.M.; LANKARANI, K.B. Prevalence of metabolic syndrome in preand postmenopausal iranian women. *Climacteric* 2013;16 (5): 561-567.

MAIA, M.F.M.; SOUSA, B. V. O.; TOLENTINO, F. M.; SILVEIRA, M. G.; TOLENTINO, T. M. Autopercepção de imagem corporal por mulheres jovens adultas e da meia-idade praticantes de caminhada. *Rev Bras Ativ Fís Saúde* 2011; 16 (4): 312-315.

MALHEIROS, E.S.A.; CHEIN, C.M.B.; SILVA, D.S.M.; DIAS, C.L.L.; BRITO, L. G.O.; PINTO-NETO, A.M.; BRITO, L.M.O. Síndrome climatérica em uma cidade do Nordeste brasileiro: Um Inquérito Domiciliar. *Rev Brasil Ginec Obstet* 2014; 36 (4): 163-169.

MARCELINO, E.H; SCHWANKE C.; CRUZ I. A Menopausa na Visão Gerontológica. *Scien Méd* 2010; 20 (2): 176-184.

MARTINAZZO, J.; ZEMOLIN, G.P.; SPINELLI, R.B.; ZANARDO, V.P.S.; CENI, G.C. Avaliacao nutricional de mulheres no climatério atendidas em ambulatorio de nutricao no norte do Rio Grande do Sul, Brasil. *Cien Saude Colet* 2013;18 (11): 3349-3356.

MEETA DIGUMARTI, L.; AGARWAL, N.; VAZE, N.; MALIK, R.S. Clinical practice guidelines on menopause: An executive summary and recommendations. *Jour Midlife Saúde* 2013; 4 (2): 77-106.

MINAYO, M.C.S.; COIMBRA JÚNIOR, C.E.A. Antropologia, saúde e envelhecimento. Coleção Antropologia & Saúde. Editora FIOCRUZ, 2002. 212p.

MORAES, E.N. Atenção À Saúde do Idoso: Aspectos Conceituais. 2012. [acessado em 10 nov 2017]. Disponível em: <http://apsredes.org/pdf/Saude-do-Idoso-WEB1.pdf>

NEVES, J.A.C.; MELO, N.S.; SOUZA, J.C.; OLIVEIRA, M.M.; CERQUEIRA, T.F. Processo saúde-doença: a sexualidade e a AIDS na terceira idade. *Rev Enferm* 2015; 18 (1): 1-15.

OLIVEIRA, M.R.; VERAS, R.P.; CORDEIRO, H.A.; PASINATO, M.T.A. Mudança de Modelo Assistencial de Cuidado ao idoso na Saúde Suplementar. *Physis Rev Saúde Colet* 2016; 26 (4): 1383-1394.

PRADO, D.S.; MOTA, V.P.L.P.; LIMA, T.I.A. Prevalência de disfunção sexual em dois grupos de mulheres de diferentes níveis socioeconômicos. *Rev Bras Ginecol Obstet* [online]. 2010, Mar [citado 2018 Mar 15]; 32 (3): 139-43. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032010000300007.

PEREIRA, Q.C.; SILVA, C.B.D.C.A.; SIQUEIRA, H.C.H. Processo de viver de mulheres climatéricas usuárias do sistema único de saúde. *Cienc Cuid Saude* 2011; v. 7, n. 2, p. 224-231.

PINTO NETO, A.M.; VALADARES, A.L.R.; PAIV, L.C. Climatério e sexualidade. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2012; 35 (3): 93-96.

PINTO, J.M.; NERI, A.L. Factors associated with low life life satisfaction in community-dwelling elderly: FIBRA Study. *Cad Saúde Públ* 2013; 29 (12): 2447-2458.

POLOTSKY, H.N; POLOTSKY, A.J. Metabolic implications of menopause. *Semin Reprod Med* 2010; 28 (5): 426-434.

PORTMAN, D.J; GASS, M.L.S; KINGSBERG, S. Genitourinary syndrome of menopause: New terminology for vulvovaginal atrophy from the international society for the study of women's sexual health and The North American menopause society. *Jour Sexual Med* 2014; 11: 2865–2872.

RAMALHEIRO, L.; GODINHO, C; MAIA, AC. Abordagem da vida sexual feminina nos Cuidados de Saúde Primários. *Rev Port Clin Geral* 2011; 27: 548-53.

REYNOLDS, C.F.; CUIJPERS, P.; PATEL, V. et al. Early Intervention to Reduce the Global Health and Economic Burden of Major Depression in Older Adults. *Annu Rev Public Health* 2012; 33: 123-135.

REYNOLDS, C.F.; CUIJPERS, P.; PATEL, V. et al. Effect of group counseling on quality of life among postmenopausal women in Hamadan, Iran Effect of group counseling on quality of life among postmenopausal women in Hamadan, Iran. *Jour Menopausal Med* 2017; 23 (1): 49-55.

RINDNER, L.; STROMME, G.; NORDEMAN, L.; WIGREN, M.; HANGE, D.; GUNARSSON, R. et al. Prevalence of somatic and urogenital symptoms as well as

psychological health in women aged 45 to 55 attending primary health care: a cross-sectional study. *BMC Wom Health* [online] 2017; 17 (1): 128. Disponível em: doi: 10.1186/s12905-017-0480-x. PubMed PMID: 29221473; PubMed Central PMCID: PMC5723029.

ROSEN, R.; BROWN, C.; HEIMAN, J.; LEIBLUM, S.; MESTON, C.; SHABSIGH, R.; *et al.* The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther* 2000; 26 (2): 191-208.

SHAHHOSSEINI, Z.; GARDESHI Z.H; POURASGHA, M.; SALEHI, F. A review of affecting factors on sexual satisfaction in women. *Mater Socio Med* 2014; 26 (6): 378-381.

SANTOS, D.C.A.; BIANCHI, L.R.O. Envelhecimento Morfofuncional: diferença entre os gêneros. *Arq Mudi* 2014; 18 (2): 33-46.

SANTOS, S. M. P; GOLÇALVES, Roberta Lima; AZEVEDO, Elisângela Braga de; PINHEIRO, Ana Karla Dantas; BARBOSA Carolina Araújo; COSTA, Kamila Nóbrega de França. A vivência da sexualidade por mulheres no climatério. *Rev de Enf da UFSM* 2014; 4(1): 113-122.

SEPARAVICH, M.A.; CANESQUI, A.M. Analysis of the narratives on menopause of a Brazilian website. *Interface Comunic Saude Educ* 2012;16(42): 609-22.

SILVA, G.M.D; LIMA, S.M.R.R; MORAES, J.C. Avaliação da função sexual em mulheres após a menopausa portadoras de síndrome metabólica. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2013; 35 (7):301-8.

SILVA, R.M.; ARAÚJO, C.B.; SILVA, A.R.V. Alterações biopsicossociais da mulher no climatério. *Rev Brasil Prom Saúde* 2003; 16 (1/2): 28-33.

SILVA, A.R; TANAKA, A.C.A. Factors associated with menopausal symptoms severity in middle-aged Brazilian women from the Brazilian Western Amazon. *Rev Maturitas* 2013; 76 (1): 64-69.

SMITH, A. M. A.; PATRICK, K.; HEYWOOD, W.; PITTS, M. K.; Richters, J.; SHELLEY, J. M.; SIMPSON, J. M.; RYALL. R. Body mass index, sexual difficulties and sexual satisfaction among people in regular heterosexual relationships: a population-based study. *Internal Medicine Journal* 2011 [citado 2018 abr 20]. Disponível em: file:///C:/Users/Master/Desktop/Smith_et_al-2012-Internal_Medicine_Journal.pdf.

SMITH, R.L.; GALLICCHIO, L. Factors Affecting Sexual Function in Midlife Women: Results from the Midlife Women's Health Study. *Jour Wom Health* 2017; 26 (9): 923-932.

SPOSITO, G.; ELBOUX, M.J; NERI A.L; GUARIOUTO, M.E. A satisfação com a vida e funcionalidade entre pacientes idosos em ambulatório de geriatria. *Ciênc Saúde Col* 2013;18 (12): 3475-3482.

SKOPINSKI, F.; RESENDE, T. L.; SCHNEIDER, R. H. Imagem corporal, humor e qualidade de vida. *Rev Bras Ger Geront* 2015; 18 (1): 95-105.

TREMBLING, P. M.; APOSTOLIDOU, S.; MAHARAJ, AG.; PARKES J., RYAN, A.; TANWAR S.; BURNELL M.; JACOBS, I.; MENON, U.; ROSENBERG, William. Risco de doença hepática crônica em mulheres na pós-menopausa devido ao índice de massa corporal, álcool e sua interação: um estudo prospectivo de coorte aninhado dentro do Reino Unido. Ensaio Colaborativo de Triagem do Câncer de Ovário (UKCTOCS). *BMC Public Health* 2017 [citado 2018 abr 17]; 17: 603. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5490218/>.

YISMA, E.; NATNAEL, E.; STEPHANIE, L.; BERHANU, D. Prevalence and severity of menopause symptoms among perimenopausal and postmenopausal women aged 30-49 years in Gulele sub-city of Addis Ababa, Ethiopia. *BMC Womens Health* [online] 2017 [citado 2018 Mar 15]; 17 (1): 124. Disponível em: doi: 10.1186/s12905-017-0484-x. PubMed PMID: 29216870; PubMed Central PMCID: PMC5721600.

THEODORO H.; RODRIGUES, A.D; MENDES, K.G; LIANE, R.H; PANIZ, V.M; OLINTO, M.T. Reproductive characteristics and obesity in middle-aged women seen at an outpatient clinic in southern Brazil. *Menopause* 2012; 19 (9): 1022-1028.

THORNTON, M.J. Estrogens and aging skin. *Dermatoendocrinol* 2013; 5 (5): 246-270.

VALENÇA, C.N.; GERMANO, R.M. Concepções de mulheres sobre menopausa e climatério. *Rev Rene* 2010 Jan-Mar; 11 (1): 161-71.

VALENÇA, C. N.; NASCIMENTO FILHO, J. M.; GERMANO, R. M. Mulher no Climatério: Reflexões Sobre Desejo Sexual, Beleza e Feminilidade. *Rev Saúde Soc* 2010;19 (2): 273-285.

VELASCO, J.E.V.M.; MARTÍN, J.M.; MARTÍNEZ, E.M.; LUNA, G.O. Estudio del climatério y la menopausia. *Ginecol Obstet Mex* 2010; 77 (9): 253-76.

VERAS, R.P. A necessária gestão qualificada na área da saúde: decorrência da ampliação do segmento etário dos idosos. *Jorn Brasil Econ Saúde* 2011; 3 (3): 31-39.

VERAS, P.R.; CALDAS, C.P.; CORDEIRO, H.A.; MOTTA, L.B.; LIMA, K.C. Desenvolvimento de uma linha de cuidados para o idoso: Hierarquização da atenção baseada na capacidade funcional. *Rev Bras Ger Geront* 2013a; 16 (2): 385-392.

VERAS, R.P.; CALDAS, C.P.; CORDEIRO, H.A. Modelos de atenção à saúde do idoso: repensando o sentido da prevenção. *Physis: Rev Saúde Col* 2013b; 23 (4): 1189-1213.

VERAS, R.P.; CALDAS, C.P.; MOTTA, L.B.; KENIO, C.L.; SIQUEIRA, R.C.; RODRIGUES VENDAS, R.T.S.; SANTOS, L.M.A.M.; GUERRAVI, A.C.L.C. Integração e continuidade do cuidado em modelos de rede de atenção à saúde para idosos frágeis. *Rev Saúde Púv* 2014; 48 (2): 357-365.


VERAS, R.P. Garantir a saúde e o bem-estar dos idosos: desafios de hoje e amanhã. *Rev Bras Ger Geronto* 2015a; 18 (3): 473-474.

VERAS, R.P. A urgente e imperiosa modificação no cuidado à saúde da pessoa idosa. *Rev Bras Ger Geronto* 2015b; 18 (1): 5-6.

YISMA, E.; NATNAEL, E.; STEPHANIE, L.; BERHANU, D. Prevalence and severity of menopause symptoms among perimenopausal and postmenopausal women aged 30-49 years in Gulele sub-city of Addis Ababa, Ethiopia. *BMC Wom Health* [online] 2017 [citado 2018 Mar 15]; 17 (1): 124. Disponível em: doi: 10.1186/s12905-017-0484-x. PubMed PMID: 29216870; PubMed Central PMCID: PMC5721600.

APÊNDICES E ANEXOS

Apêndice A- Roteiro de Entrevista

	UNIVERSIDADE TIRADENTES – UNIT MESTRADO EM SAÚDE E EAMBIENTE Nº _____ ENTREVISTA DATA: ____ / ____ / ____
DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS	
<p>1. Nome da Entrevistada: _____</p> <p>2. Número da pasta família: _____ Número da área: _____ Número da micro área: _____</p> <p>3. Idade: _____ Data de Nascimento: _____</p> <p>4. Estado civil: () Casada () União estável () Solteira () Separada/divorciada () viúva. Se em algum tipo de união, há quanto tempo: _____</p> <p>5. Possui Religião: () Sim () Não Qual: _____</p> <p>6. Profissão (Ocupação): _____</p> <p>7. Mantenedora do lar: () Sim () Não. Se não, especificar quem é: _____</p> <p>8. Com quem mora (poderá ser marcada mais de uma opção): () Com parceiro () Filhos () Pais () Todos () Outros. Especificar: _____</p> <p>9. Renda Mensalfamiliar: () menos 01 salário () 01 salário () 02 a 03 salários () 04 a 05 salários () acima de 05 salários</p> <p>10. Cor Autodeclarada: () Cor Branca () Cor Negra () Cor Parda () Cor Amarela () Etnia Indígena</p> <p>11. Nível de Escolaridade: () sem escolaridade () fundamental: () completo () incompleto () médio: () completo () incompleto () universitário: () completo () incompleto () pós graduação</p>	
HISTÓRIA DE MORBIDADE	
<p>12. Há histórico de doença Familiar? () Sim () Não () Diabetes Melitus () Pressão Arterial Alta () Osteoporose () Doença arterial coronariana () Cardiopatia () Infarto Agudo do Miocárdio () Acidente Vascular Cerebral () Não consegue prender a urina () Neoplasia () Outras: _____</p> <p>Já apresentou alguma doença? () Sim () Não () Doença arterial coronariana () Cardiopatia () Infarto Agudo do Miocárdio () Acidente Vascular cerebral () Incontinência Urinária () Neoplasia () Depressão () Outras: _____</p> <p>13. Atualmente apresenta alguma doença? () Sim () Não () Diabetes Melitus () Pressão Arterial Alta () Osteoporose () Doença arterial coronariana () Cardiopatia () Infarto Agudo do Miocárdio ()</p>	

Acidente Vascular Cerebral Não consegue prender a urina Neoplasia
 Depressão
 Outras: _____
Pressão arterial (Posição Sentada): _____
(Posição em Pé): _____
(Posição Deitada): _____

HÁBITOS DE VIDA

12. Realiza atividade física? Sim Não Se sim, quantas vezes por semana? _____ Qual tipo de atividade? _____
13. Consumo de álcool? Sim Não Se sim quantas doses? _____ Quantas vezes por semana? _____ Há quanto tempo faz uso? _____
14. Fuma? Sim Não Se sim, Quantos cigarros por dia/semana _____ Há quanto tempo faz uso? _____
15. Ingestão de Fibras (feijão, batata doce, cereais, grãos, etc.): Sim Não
16. Ingestão de Gorduras (frituras, carnes gordurosas, margarinas): Sim Não

DADOS GINECOLÓGICOS E OBSTÉTRICOS

17. Idade da Menarca (primeira menstruação): _____
18. Idade da Sexarca (primeira relação sexual): _____
19. Possui menstruação? Sim Não
20. Regularidade menstrual: Sim Não Fluxo: ++++/_____
21. Menopausa: Sim Não. Se sim, há quanto tempo? _____
22. Gestação ___ Parto ___ Aborto ___ Pré-Natais: Sim Não Número de consultas no Pré-Natal: _____
23. Partos em domicílio: Sim Não. Quantidade: _____
24. Tipos de partos: Não teve Vaginal Cesariana Fórceps Vaginal e Cesariana Todos
25. Uso de contraceptivo (para evitar gravidez): Dispositivo Intrauterino DIU pílula anticoncepcional Camisinha Coito interrompido Injetável M/T tabelinha Não uso Outros _____
26. Já apresentou ou apresenta alguma doença nos ovários ou útero? Sim Não Qual? _____
27. Apresenta ou já apresentou alguma infecção sexualmente transmissível: Sim Não Qual/quais? _____ quando?
28. Caso tenha apresentado infecção sexualmente transmissível foi realizado tratamento: Sim Não
29. Cirurgias Ginecológicas?
 Sim Não. Qual?

Se sim, há quanto tempo realizou
cirurgia? _____

MEDICAÇÃO

30. Usa algum medicamento? Sim Não

Se sim, Qual(quais)? Há quanto tempo?

31. Usa hormônio atualmente? () Sim Qual? _____ () Não

32. Já usou hormônio? () Sim Qual? _____ () Não

ASPECTOS DA SEXUALIDADE

33. Orientação Sexual: () Homossexual () Heterossexual () Bissexual

34. Mantém Relação Sexual: () Sim () Não

Se não, porquê? _____

Se sim, quantas vezes por semana? _____

35. Essa quantidade de relações sexuais a satisfaz ou satisfazia ? (somente uma resposta):

() Sempre () Na maioria das vezes () Raramente () Nunca

36. Tem ou tinha prazer nas suas relações sexuais? (apenas 01 resposta):

() Sempre () Na maioria das vezes () Raramente () Nunca

37. Em relação à vagina, pode dizer que (pode optar por mais de um item):

() Está como sempre foi () Mais seca () Arde/antes/ durante /após a relação

() Com corrimento () Coceira () Dor () Sangramento

() Você não gosta de ter relações sexuais () Você demora mais que o seu parceiro ou mais do que o desejado por você para ter prazer

() Outras queixas,

como: _____

38. Para você houve alguma mudança, nos últimos anos, na forma como realiza ou realizava o sexo?

() Sim () Não. Porquê?

39. Você acha que existe uma idade limite para se praticar sexo? (Essa pergunta deve ser feita no sentido de que com a chegada da idade ou velhice a mulher deve continuar tendo uma vida sexual normal? Ou será que quando chegar a uma determinada idade a mulher deve parar de praticar sexo?) () Sim () Não.

Porquê? _____

40. O que você entende por menopausa?

41. No seu entendimento, a relação sexual muda quando a mulher está chegando ou já está na menopausa? () Sim () Não.

Explique:

42. Procura informações sobre sexo ou sexualidade? () sim () não.

Se sim, onde? () Internet () Em leituras () Televisão () Cinema

() Computador () Em conversa com amigos () Em conversa com

companheiro () Em conversa com parentes () Com Ginecologista ()

Com o Enfermeiro da unidade () Em outras situações?

Especificar:

Se não, porque?

CONHECIMENTO EM RELAÇÃO ÀS DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

43. O que você já ouviu falar sobre Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) (Doenças que são transmitidas através do sexo)?

44. Tem dúvidas a respeito dessas Doenças Sexualmente Transmissíveis?

45. Conversa ou já conversou sobre Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) com alguém? () Sim () Não

Especificar com

quem: _____

Por

quê? _____

46. Em sua opinião, quais as medidas que a mulher pode adotar (tomar) para se proteger das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs)?

47. Você usa preservativo (camisinha, etc.) nas relações sexuais? () Sim () Não. O que você pensa sobre o uso do preservativo?

EXAME CITOPATOLÓGICO

48. Fez o exame preventivo (Papanicolaou) alguma vez?

() Sim. Quando fez o último exame? Ano _____

() Não () Não Sabe

49. Motivo do exame

() Rastreamento

() Repetição (exame alterado ASCUS/Baixo grau)

- () Seguimento (pós diagnóstico colposcópico / tratamento)
50. Resultado do exame preventivo (caso tenha realizado anteriormente)
-
51. Está grávida? () Sim () Não
52. Já fez tratamento por radioterapia?
() Sim () Não () Não Sabe
53. Lembra da data da última menstruação? () Lembra () Não sabe/ Não lembra
54. Data da última menstruação/ regra:
-
55. Tem ou teve algum sangramento após relações sexuais?
(Não considerar a primeira relação sexual)
() Sim () Não/ Não sabe/ Não lembra
56. Tem ou teve algum sangramento após a menopausa?
(Não considerar sangramentos na vigência da reposição hormonal)
() Sim () Não/ Não sabe/ Não lembra/ Não está na menopausa

Apêndice B- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu, _____, abaixo assinado, autorizo a Universidade Tiradentes, por intermédio da aluna, Maria Hozana Santos Silva devidamente assistida pela sua orientadora Doutora Cláudia Moura de Melo, a desenvolver a pesquisa abaixo descrita:

1-Título da pesquisa: Avaliação da Saúde Sexual de Mulheres de 40-60 anos cadastradas em Unidades de Referência no Município de Aracaju-Sergipe

2-Objetivos: Primários e secundários: - Avaliar a saúde sexual e o conhecimento em relação às doenças sexualmente transmissíveis de mulheres 40-60 anos cadastradas em unidade de referência no município de Aracaju-Sergipe.

3-Descrição de procedimentos: A pesquisa pretende investigar as concepções de mulheres com 40 anos ou mais, sobre a saúde sexual, concentrando-se na, caracterização de suas vivências em relação ao sexo e seus conhecimentos sobre DSTs. Será realizado um estudo exploratório, descritivo, quantitativo com mulheres de 40-60 anos, em Unidades de Saúde da Família referência em Saúde da Mulher no município de Aracaju. Os instrumentos de coletas de dados utilizados nas entrevistas são questionário, Escala de avaliação do Índice de Função Sexual Feminina, Escala de Avaliação da Menopausa, com subsequente coleta de material colpocitológico (Papanicolau).

4-Justificativa para a realização da pesquisa: Com o aumento da expectativa de vida, os estudos sobre sexualidade têm se tornado relevantes, uma vez que a função sexual influencia a qualidade de vida dentro do processo de envelhecimento (PINTO NETO et al., 2013). No Brasil, são escassos estudos relacionados à sexualidade no climatério (LORENZI; SACIOTO, 2006). Considerando o exposto, torna-se importante, entender esse panorama e admitir que a abordagem sobre a sexualidade humana, principalmente a sexualidade feminina, precisa ser repensada por toda sociedade, serviços e profissionais da área da saúde, mas principalmente pelas próprias mulheres, em especial pelas mulheres que tem 40-60 anos; numa tentativa de que as mulheres possam melhor se integrar ao conceito da saúde sexual, compreendendo todo seu contexto, e assim possa expressar-se, ao mesmo tempo em que possa contar com informações seguras e serviços de qualidade, que lhes garantam pleno exercício dos direitos sexuais.

É fundamental compreender o perfil das mulheres no climatério e menopausa frente à saúde sexual e a realidade do maior envelhecimento populacional, afim de melhor colaborar na construção de um novo foco de atenção à saúde do homem e da mulher no que diz respeito à sexualidade; o que tem relevância e, portanto, exige mais estudos sobre o tema. Assim este estudo foi proposto como uma ferramenta na compreensão do conhecimento de mulheres de 40-

60 anos sobre os riscos relativos às doenças sexualmente transmissíveis e sua percepção sobre saúde sexual.

5-Benefícios esperados: O benefício com este estudo será de agrupar dados quali-quantitativos sobre o conhecimento das mulheres em relação a sexualidade, bem como os modos preventivos de Doenças Sexualmente Transmissíveis. Também será possível que as mulheres compreendam melhor como ocorrem as alterações hormonais que ocorrem durante o climatério e menopausa.

6-Desconfortos e riscos esperados: Os riscos envolvidos na pesquisa correspondem a possíveis constrangimentos diante dos questionamentos realizados acerca da sexualidade e durante a realização do exame colpocitológico. Para minimizá-los, os questionários serão aplicados individualmente, em ambiente o mais confortável possível. Além disso, é fundamental explicar sobre a exposição dos resultados obtidos na pesquisa. Essa exibição preservará a privacidade das envolvidas, mantendo-as no anonimato.

Quanto ao exame colpocitológico, ocorrerá em local adequado, ou seja, sala fechada que disponha dos materiais necessários para sua correta execução (Cama ginecológica; foco de luz; cobertor; lixo e materiais

específicos para a coleta – espéculo, espátula de Ayres, escova cervical, luvas de procedimento, lâmina de vidro com extremidade fosca identificada, álcool a 96%).

Previamente ao exame, todo o procedimento será explicado para esclarecimento e retirada de dúvidas. Em seguida, o enfermeiro se ausentará da sala para que a paciente possa colocar as vestimentas destinadas ao exame. Vale ressaltar que apenas as áreas essenciais para a avaliação serão expostas e durante o menor tempo possível. O profissional descreverá e realizará, concomitantemente, todo o procedimento.

Após o término do exame, o enfermeiro auxiliará a paciente a voltar a uma posição confortável e novamente se ausentará da sala por um pequeno tempo, para que a mulher possa vestir-se novamente. Todas essas medidas serão destinadas exclusivamente para garantir privacidade, esclarecimento e aumento da confiabilidade entre as pacientes e o profissional, diminuindo, conseqüentemente, o constrangimento delas.

7-Informações: Os participantes têm a garantia que receberão respostas a qualquer pergunta e esclarecimento de qualquer dúvida quanto aos assuntos relacionados à pesquisa. Também os pesquisadores supracitados assumem o compromisso de proporcionar informações atualizadas obtidas durante a realização do estudo.

8-Retirada do consentimento: O voluntário tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, não acarretando nenhum dano ao voluntário.

9-Aspecto Legal: Elaborado de acordo com as diretrizes e normas regulamentadas de pesquisa envolvendo seres humanos atende à Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério de Saúde - Brasília – DF.

10-Confiabilidade: Os voluntários terão direito à privacidade. A identidade (nomes e sobrenomes) do participante não será divulgada. Porém os voluntários assinarão o termo de consentimento para que os resultados obtidos possam ser apresentados em congressos e publicações.

11-Quanto à indenização: Não há danos previsíveis decorrentes da pesquisa, mesmo assim fica prevista indenização, caso se faça necessário.

12-Os participantes receberão uma via deste Termo assinada por todos os envolvidos (participantes e pesquisadores)

13-Dados do pesquisador responsável:

Nome: Cláudia Moura de Melo

Av. Murilo Dantas 300, Bloco F, Departamento de Pesquisa e Extensão (térreo), Bairro: Farolândia, 49032-490, Aracaju-SE.

Telefone: (79)3218-2190- email: claudiamouramelo@hotmail.com

Dados das demais pesquisadoras

Maria Hozana Santos Silva

Rua Matilde Silva Lima, 421, Bloco Santa Lúcia, Ap 604, Bairro: Luzia, 49045083, Aracaju-SE. Telefone: (79)999602258- email- hosana_p@hotmail.com

Marlizete Maldonado Vargas

Av. Murilo Dantas 300, Bloco F (sala 02), Bairro: Farolândia, 49032-490, Aracaju-SE.

Telefone: (79)3218-2190-email: marlizete_maldonado@unit.br

ATENÇÃO: A participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Em casos de dúvida quanto aos seus direitos, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Tiradentes.

CEP/Unit - DPE

Av. Murilo Dantas, 300 bloco F – Farolândia – CEP 49032-490, Aracaju-SE.

Telefone: (79) 32182206 – e-mail: cep@unit.br.

Aracaju, ____ de ____ de 201_.

ASSINATURA DO VOLUNTÁRIO

ASSINATURA DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

Anexo 1- Female Sexual Function Index (FSFI)

ESCALA DE AVALIAÇÃO DE FUNÇÃO SEXUAL FEMINIA (FSFI)

Vou fazer algumas perguntas sobre a sua sexualidade durante as últimas 4 semanas. Considere: I) Atividade sexual: refere-se as carícias, jogos sexuais, masturbação e relações sexuais; ii) relação sexual: define-se como penetração do pênis na vagina; iii) Estimulação sexual: inclui jogos sexuais com o parceiro, auto-estimulação (masturbação), ou fantasias sexuais; iv) desejo ou interesse sexual é a sensação que inclui desejo de ter uma experiência sexual, sentir-se receptiva a estimulação sexual do parceiro e ter pensamentos ou fantasias sobre sexo. **Escolha somente uma alternativa por pergunta.**

1. Nas últimas 4 semanas com que frequência a senhora sentiu desejo ou interesse sexual?

- Sempre ou quase sempre
- A maioria das vezes (mais que a metade)
- Às vezes (aproximadamente metade)
- Poucas vezes (Menos que a metade)
- Quase nunca ou nunca

2. Nas últimas 4 semanas, como classifica seu nível (intensidade) de desejo ou interesse sexual?

- Muito alto
- Alto
- Moderado
- Baixo
- Muito Baio ou nada

3. Excitação sexual é uma sensação que inclui aspectos físicos e mentais da sexualidade. Pode incluir sensação de calor ou pulsátil nos órgãos genitais, lubrificação vaginal (umidade) ou contração musculares. Nas últimas 4 semanas, com que frequência a Sra sentiu excitação durante a atividade sexual?

- Não tenho atividade sexual
- Sempre ou quase sempre
- A maioria das vezes (mais que a metade)
- Às vezes (aproximadamente metade)
- Poucas vezes (Menos que a metade)
- Quase nunca ou nunca

4. Nas últimas 4 semanas, como classifica seu nível de excitação durante a atividade sexual?

- Não tenho atividade sexual
- Muito alto
- Alto
- Moderado

- Baixo
- Muito Baio ou nada

5. Nas últimas 4 semanas qual grau de confiança a Sra tem em excitar-se durante a atividade sexual?

- Não tenho atividade sexual
- Muito alto confiança
- Alto confiança
- Moderado confiança
- Baixo confiança
- Muito Baio ou nada confiança

6. Nas últimas 4 semanas com que frequência se sentiu satisfeita com sua excitação durante a atividade sexual?

- Não tenho atividade sexual
- Sempre ou quase sempre
- A maioria das vezes (mais que a metade)
- Às vezes (aproximadamente metade)
- Poucas vezes (Menos que a metade)
- Quase nunca ou nunca

7. Nas últimas 4 semanas, com que frequência a Sra sentiu lubrificação ou umidade vaginal durante a atividade sexual?

- Não tenho atividade sexual
- Sempre ou quase sempre
- A maioria das vezes (mais que a metade)
- Às vezes (aproximadamente metade)
- Poucas vezes (Menos que a metade)
- Quase nunca ou nunca

8. Nas últimas 4 semanas, foi difícil lubrificar-se (umedecer-se) durante a atividade sexual?

- Não tenho atividade sexual
- Extremamente difícil ou impossível
- Muito difícil
- Difícil
- Pouco difícil
- Não foi difícil

9. Nas últimas 4 semanas, com que frequência mantém-se a sua lubrificação (umidade) vaginal até finalizar a atividade sexual?

- Não tenho atividade sexual
- Sempre ou quase sempre mantenho
- A maioria das vezes mantenho (mais que a metade)
- Às vezes mantenho (aproximadamente metade)
- Poucas vezes mantenho (Menos que a metade)
- Quase nunca ou nunca a mantenho até o final

10. Nas últimas 4 semanas, foi difícil manter sua lubrificação (umidade) vaginal até finalizar a atividade sexual?

- Não tenho atividade sexual
- Extremamente difícil ou impossível
- Muito difícil
- Difícil
- Pouco difícil
- Não foi difícil

11. Nas últimas 4 semanas, quando a Sra tem estimulação sexual ou relações, com que frequência atinge o orgasmo ou clímax?

- Não tenho atividade sexual
- Sempre ou quase sempre
- A maioria das vezes (mais que a metade)
- Às vezes (aproximadamente metade)
- Poucas vezes (Menos que a metade)
- Quase nunca ou nunca

12. Nas últimas 4 semanas, quando a Sra tem estimulação sexual ou relações é difícil atingir o orgasmo ou clímax?

- Não tenho atividade sexual
- Extremamente difícil ou impossível
- Muito difícil
- Difícil
- Pouco difícil
- Não foi difícil

13. Nas últimas 4 semanas, o quão satisfeita está com sua capacidade para atingir o orgasmo (clímax) durante a atividade sexual?

- Não tenho atividade sexual
-

Muito Satisfeita

- Moderadamente Satisfeita
- Nem Satisfeita, nem Insatisfeita
- Moderadamente Insatisfeita
- Muito Insatisfeita

14. Nas últimas 4 semanas, o quão satisfeita está com o envolvimento emocional existente durante a atividade sexual entre a Sra e seu parceiro?

- Não tenho atividade sexual
- Muito Satisfeita
- Moderadamente Satisfeita
- Nem Satisfeita, nem Insatisfeita
- Moderadamente Insatisfeita
- Muito Insatisfeita

15. Nas últimas 4 semanas, o quão satisfeita está nas relações sexuais com seu parceiro?

- Não tenho atividade sexual
- Muito Satisfeita
- Moderadamente Satisfeita
- Nem Satisfeita, nem Insatisfeita
- Moderadamente Insatisfeita
- Muito Insatisfeita

16. Nas últimas 4 semanas, o quão satisfeita está com sua vida sexual em geral?

- Não tenho atividade sexual
- Muito Satisfeita
- Moderadamente Satisfeita
- Nem Satisfeita, nem Insatisfeita
- Moderadamente Insatisfeita
- Muito Insatisfeita

17. Nas últimas 4 semanas, com que frequência sente desconforto ou dor durante a penetração vaginal?

- Não tenho atividade sexual
- Sempre ou quase sempre
- A maioria das vezes (mais que a metade)
- Às vezes (aproximadamente metade)
- Poucas vezes (Menos que a metade)
-

Quase nunca ou nunca

18. Nas últimas 4 semanas, com que frequência sente desconforto ou dor depois da penetração vaginal?

- Não tenho atividade sexua
- Sempre ou quase sempre
- A maioria das vezes (mais que a metade)
- Às vezes (aproximadamente metade)
- Poucas vezes (Menos que a metade)
- Quase nunca ou nunca

19. Nas últimas 4 semanas, como classifica seu nível (intensidade) de desconforto ou dor durante ou depois da penetração vaginal?

- Não tenho atividade sexual
- Muito alto
- Alto
- Moderado
- Baixo
- Muito Baio ou nada

Cálculo do Pesquisador. Colocar o total de pontos	Orgasmo-----/-----
Desejo-----/-----	Satisfação-----/-----
Excitação-----/-----	Dor-----/-----
Lubrificação-----/-----	Total-----/-----

Domínio	Perguntas	Pontuação	Fator	Mínimo	Máximo
Desejo	1-2	1-5	0,6	1,2	6
Excitação	3-6	0-5	0,3	0	6
Lubrificação	7-10	0-5	0,3	0	6
Orgasmo	11-13	0-5	0,4	0	6
Satisfação	14-16	0-5	0,4	0,8	6
Dor	17-19	0-5	0,4	0	6
Total	-	-	-	2	36

Anexo 2- Menopause Rating Scale (MRS)

Menopause Rating Scale (MRS)

Qual dos seguintes sintômas e em que medida você diria que sente atualmente?					
Symptoms:	pouco		muito		
	nenhum	severo	moderado	severo	severo
	-----	-----	-----	-----	
Score =	0	1	2	3	4
1. Falta de ar, suores, calores.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Mal estar do coração (batidas do coração diferentes, saltos nas batidas, batidas mais longas, pressão).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Problemas de sono (dificuldade em consiliar o sono, em dormir toda a noite e despertar-se cedo).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Estado de animo depressivo (sentir-se decaída, triste, a ponto das lágrimas, falta de vontade, trocas de humor).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Irritabilidade (sentir-se nervosa, tensa, agressiva).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ansiedade (impaciência, panico).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Esgotamento fisico e mental (caida geral em seu desempenho, falta de concentração, falta de memória).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Problemas sexuais (falta no desejo sexual, na atividade e satisfação).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Problemas de bexiga (dificuldade de urinar, incontinência, desejo excessivo de urinar).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ressecamento vaginal (sensação de ressecamento, ardência e problemas durante a relação sexual).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Problemas musculares e nas articulações (dores reumaticas e nas articulações).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

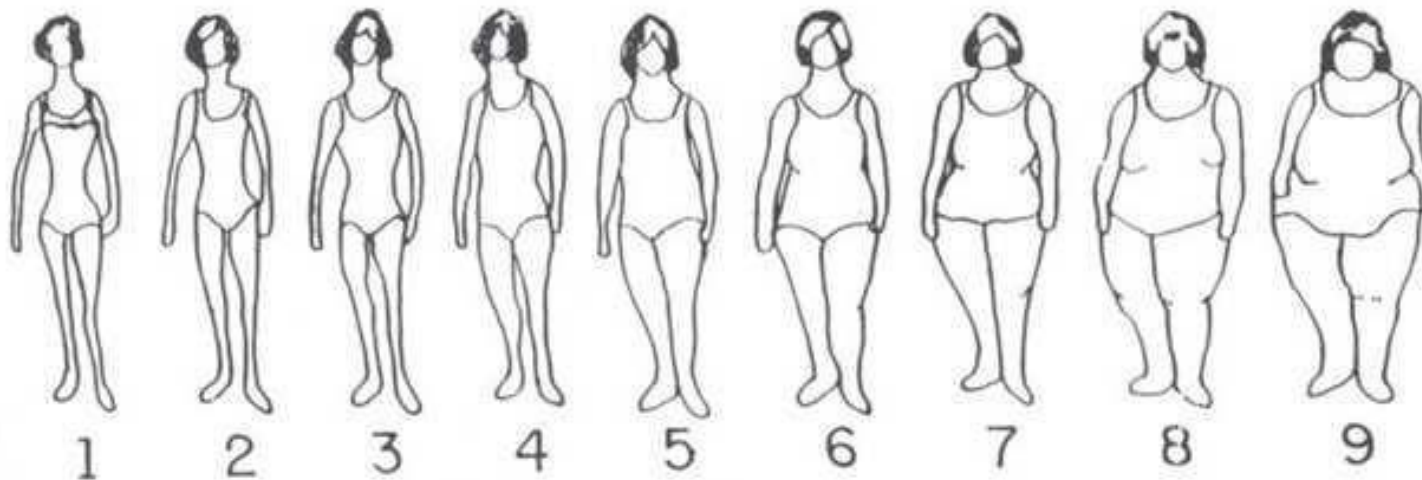
Anexo 3- Escala de Imagem Corporal de Stunkard

**ESCALA DE AVALIAÇÃO DA IMAGEM
CORPORAL**

Nome: _____ Idade: _____

DADOS ANTROPOMÉTRICOS

1. IMC: _____
2. Classificação do IMC: _____
3. Peso: _____
4. Altura: _____
5. Circunferência do quadril: _____
6. Circunferência abdominal: _____
7. Circunferência braquial: _____
8. Circunferência da coxa: _____
9. Circunferência da panturrilha: _____
10. Circunferência Cervical: _____



Qual a silhueta que melhor representa a sua aparência física atualmente (Real)?

1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 () 8 () 9 ()

Qual a silhueta que você gostaria de ter (Ideal)?

1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 () 8 () 9 ()

Diferença: _____

Anexo 4- Body Shape Questionnaire

BSQ

Gostaríamos de saber como se tem sentido em relação à sua **aparência** ao longo do **ÚLTIMO MÊS**. Por favor leia cada uma das questões e assinale a opção que melhor se aplica ao seu caso, tendo em conta a seguinte escala:

Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre
1	2	3	4	5	6

Durante as ÚLTIMAS QUATRO SEMANAS:

1 - sentir-se aborrecida fê-la preocupar-se com a forma do seu corpo?	1	2	3	4	5	6
2 - tem estado tão preocupada com a forma do seu corpo que começou a sentir que devia fazer dieta?	1	2	3	4	5	6
3 - tem pensado que as suas coxas, ancas ou nádegas são demasiado grandes para o resto do seu corpo?	1	2	3	4	5	6
4 - tem sentido medo de ficar gorda (ou mais gorda)?	1	2	3	4	5	6
5 - preocupou-se com o facto do seu corpo não ser suficientemente firme?	1	2	3	4	5	6
6 - sentir-se cheia (por exemplo, depois de ingerir uma refeição grande) fê-la sentir-se gorda?	1	2	3	4	5	6
7 - sentiu-se tão mal com a forma do seu corpo a ponto de chorar?	1	2	3	4	5	6
8 - evitou correr devido à hipótese do seu corpo poder estremecer?	1	2	3	4	5	6
9 - estar com mulheres magras fê-la sentir-se desconfortável com a forma do seu corpo?	1	2	3	4	5	6
10 - preocupou-se com o facto das suas coxas se espalharem quando está sentada?	1	2	3	4	5	6
11 - comer, mesmo que seja uma quantidade pequena de comida, fê-la sentir-se gorda?	1	2	3	4	5	6
12 - reparou nas formas do corpo de outras mulheres e sentiu-se em desvantagem quando as comparou com a forma do seu corpo?	1	2	3	4	5	6
13 - pensar na forma do seu corpo interferiu com a sua capacidade de se concentrar (por exemplo, enquanto está a ver televisão, a ler, a ouvir conversas)?	1	2	3	4	5	6
14 - estar nua, por exemplo, durante o banho, fê-la sentir-se gorda?	1	2	3	4	5	6
15 - tem evitado usar roupas que a façam reparar na forma do seu corpo?	1	2	3	4	5	6

16 - imaginou cortar do seu corpo partes de gordura?	1	2	3	4	5	6
17 - comer doces, bolos ou outros alimentos ricos em calorias fê-la sentir-se gorda?	1	2	3	4	5	6
18 - deixou de ir a eventos sociais (por exemplo, festas) por sentir-se mal em relação à forma do seu corpo?	1	2	3	4	5	6
19 - sentiu-se excessivamente grande ou arredondada?	1	2	3	4	5	6
20 - sentiu vergonha do seu corpo?	1	2	3	4	5	6
21 - a preocupação com a forma do seu corpo fê-la fazer dieta?	1	2	3	4	5	6
22 - sentiu-se mais feliz com a forma do seu corpo quando o seu estômago estava vazio (por exemplo, de manhã)?	1	2	3	4	5	6
23 - pensou que tem a forma de corpo que tem actualmente por falta de auto-controlo?	1	2	3	4	5	6
24 - tem-se preocupado com o facto de outras pessoas estarem a ver dobras de gordura na zona da sua cintura ou do seu estômago?	1	2	3	4	5	6
25 - pensou que não é justo que outras mulheres sejam mais magras que você?	1	2	3	4	5	6
26 - vomitou para se sentir mais magra?	1	2	3	4	5	6
27 - preocupou-se por estar a ocupar demasiado espaço (por exemplo, enquanto está sentada num sofá ou no banco do autocarro), quando na companhia de outras pessoas?	1	2	3	4	5	6
28 - preocupou-se pelo facto do seu corpo apresentar covas ou ondulações?	1	2	3	4	5	6
29 - ver o seu reflexo (por exemplo, no espelho ou na montra de uma loja) fê-la sentir-se mal com a forma do seu corpo?	1	2	3	4	5	6
30 - beliscou partes do seu corpo para ver a quantidade de gordura?	1	2	3	4	5	6
31 - evitou situações nas quais as pessoas pudessem ver o seu corpo (por exemplo, vestiários)?	1	2	3	4	5	6
32 - tomou laxantes para se sentir mais magra?	1	2	3	4	5	6
33 - sentiu-se particularmente desconfortável com a forma do seu corpo, quando na companhia de outras pessoas?	1	2	3	4	5	6
34 - a preocupação com a forma do seu corpo fê-la sentir que devia fazer exercício?	1	2	3	4	5	6

Anexo 5- Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Tiradentes (UNIT)

UNIVERSIDADE TIRADENTES

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação da Saúde Sexual de Mulheres de 40-60 anos cadastradas em Unidades de Referência no Município de Aracaju-Sergipe

Pesquisador: CLAUDIA MOURA DE MELO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 58431716.7.0000.5371

Instituição Proponente: SOCIEDADE DE EDUCACAO TIRADENTES S/S LTDA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.813.269

Apresentação do Projeto:

Tratar da sexualidade feminina na pré-menopausa, perimenopausa, menopausa e prevenção às doenças sexualmente transmissíveis (DST), tem se revelado uma questão de grande relevância para a saúde pública, principalmente quando considerado o aumento da incidência de infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), e a realidade ainda pouco explorada, encoberta por preconceitos sociais, que preferem relacionar sexualidade com juventude e procriação. Esta pesquisa pretende Avaliar a saúde sexual e o conhecimento em relação às doenças sexualmente transmissíveis de mulheres de 40-60 anos cadastradas em unidade de referência no município de Aracaju-Sergipe, focando principalmente na caracterização de suas vivências em relação ao sexo e seus conhecimentos sobre DSTs. Será realizado um estudo exploratório, descritivo, quantitativo com mulheres de 40-60 anos que estejam cadastradas no programa de saúde da família da área adstrita da unidade de saúde. Os instrumentos de coletas de dados utilizados nas entrevistas são questionário, Índice de Função Sexual Feminina, Escala de Avaliação da Menopausa, com subsequente avaliação nutricional e coleta de material colpocitológico (Papanicolau). Antecedendo a coleta na Unidade Básica de Saúde, haverá atividades educativas de sensibilização com as participantes, a fim de esclarecer sobre a importância da realização do exame de lamina como uma estratégia de identificação de alterações no trato genital feminino e fomento de

Endereço: Campus Farolândia - Av. Murilo Dantas, 300 - DPE - Bloco F - Térreo

Bairro: Bairro Farolândia

CEP: 49.032-490

UF: SE

Município: ARACAJU

Telefone: (79)3218-2206

Fax: (79)3218-2100

E-mail: cep@unit.br

Continuação do Parecer: 1.813.269

estabelecimento de espaços de discussão sobre DST. Espera-se com esta pesquisa conhecer o perfil epidemiológico do grupo em estudo, identificar concepções sobre suas vidas sexuais e os seus conhecimentos em relação às DSTs, dando suporte à avaliação dos riscos à saúde a que estão expostas e propor estratégias de intervenção direcionadas a este perfil populacional em relação à promoção da saúde sexual.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar a saúde sexual e o conhecimento em relação às doenças sexualmente transmissíveis de mulheres 40-60 anos cadastradas em unidade de referência no município de Aracaju-Sergipe. Objetivos Secundários:

- Caracterizar o perfil ginecológico e obstétrico da saúde sexual do grupo estudado.
- Categorizar e analisar as concepções acerca do climatério e menopausa, associadas a auto percepção corporal.
- Avaliar a potencial relação entre climatério/menopausa e atividade sexual.
- Avaliar o nível de conhecimento das mulheres em relação às doenças sexualmente transmissíveis.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O projeto de pesquisa apresenta as relações de riscos e benefícios de forma adequada, de acordo com a Resolução CNS nº466/12.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa com grande relevância científica para a área da Saúde coletiva.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

As documentações foram inseridas corretamente e encontram-se datadas e assinadas conforme as normas descritas na Resolução CNS nº 466/12.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências ou inadequações para este projeto de pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP informa que de acordo com a Resolução CNS nº 466/12, Diretrizes e normas XI. 1 - A responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais e XI. 2 - XI.2 - Cabe ao pesquisador: a) apresentar o protocolo devidamente instruído ao CEP ou à CONEP, aguardando a decisão de aprovação ética, antes de iniciar a pesquisa; b) elaborar

Endereço: Campus Farolândia - Av. Murilo Dantas, 300 - DPE - Bloco F - Térreo
Bairro: Bairro Farolândia **CEP:** 49.032-490
UF: SE **Município:** ARACAJU
Telefone: (79)3218-2206 **Fax:** (79)3218-2100 **E-mail:** cep@unit.br

Continuação do Parecer: 1.813.269

o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e/ou Termo de Assentimento Livre e Esclarecido, quando necessário; c) desenvolver o projeto conforme delineado; d) elaborar e apresentar os relatórios parciais e final; e) apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento; f) manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa; g) encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto; e h) justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_767011.pdf	22/09/2016 17:35:23		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Formularioprojeto.pdf	22/09/2016 17:33:06	Maria Hozana Santos Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	22/09/2016 17:32:05	Maria Hozana Santos Silva	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderostoassinada.pdf	29/07/2016 15:05:54	CLAUDIA MOURA DE MELO	Aceito
Outros	FSFIquestionnaire.pdf	29/07/2016 14:25:47	CLAUDIA MOURA DE MELO	Aceito
Outros	Escaladesilhuetas.pdf	29/07/2016 14:25:30	CLAUDIA MOURA DE MELO	Aceito
Outros	Escaladeavaliacaodamenopausa.pdf	29/07/2016 14:25:15	CLAUDIA MOURA DE MELO	Aceito
Outros	Roteirodeentrevista.pdf	29/07/2016 14:24:58	CLAUDIA MOURA DE MELO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaodospesquisadores.pdf	29/07/2016 14:24:06	CLAUDIA MOURA DE MELO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	InfraestuturaCEPS.pdf	29/07/2016 14:23:54	CLAUDIA MOURA DE MELO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	infraestutura.pdf	29/07/2016 14:23:43	CLAUDIA MOURA DE MELO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	InstituicaoCEPS.pdf	29/07/2016 14:23:32	CLAUDIA MOURA DE MELO	Aceito

Endereço: Campus Farolândia - Av. Murilo Dantas, 300 - DPE - Bloco F - Térreo

Bairro: Bairro Farolândia

CEP: 49.032-490

UF: SE

Município: ARACAJU

Telefone: (79)3218-2206

Fax: (79)3218-2100

E-mail: cep@unit.br

UNIVERSIDADE TIRADENTES -
UNIT



Continuação do Parecer: 1.813.269

Declaração de Instituição e Infraestrutura	InstituicaoUNIT.pdf	29/07/2016 14:23:21	CLAUDIA MOURA DE MELO	Aceito
--	---------------------	------------------------	--------------------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ARACAJU, 09 de Novembro de 2016

Assinado por:
ADRIANA KARLA DE LIMA
(Coordenador)

Endereço: Campus Farolândia - Av. Murilo Dantas, 300 - DPE - Bloco F - Térreo
Bairro: Bairro Farolândia **CEP:** 49.032-490
UF: SE **Município:** ARACAJU
Telefone: (79)3218-2206 **Fax:** (79)3218-2100 **E-mail:** cep@unit.br

Anexo 5- Comprovante de Submissão do Artigo na Revista Panamericana de Saúde Pública

De: Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health <onbehalf@manuscriptcentral.com>

Enviado: sexta-feira, 23 de março de 2018 02:27

Para: claudiamouramelo@hotmail.com

Assunto: Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health - Manuscript ID/Número de manuscrito 2018-00458

22-Mar-2018

(Versión en español debajo)

Dear Dr Melo:

Your manuscript entitled "Sintomas e compreensões de mulheres climatéricas em área metropolitana do Nordeste brasileiro: Um estudo quantitativo e qualitativo" has been successfully submitted online and is presently being given full consideration for publication in the Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health.

Your manuscript ID is 2018-00458. Please mention this ID in all future correspondence. You can view the status of your manuscript by entering the Author Center after logging in to <https://mc.manuscriptcentral.com/rpsp>.

Thank you for submitting your manuscript to the Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health.

Sincerely,

Editorial Office

Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health